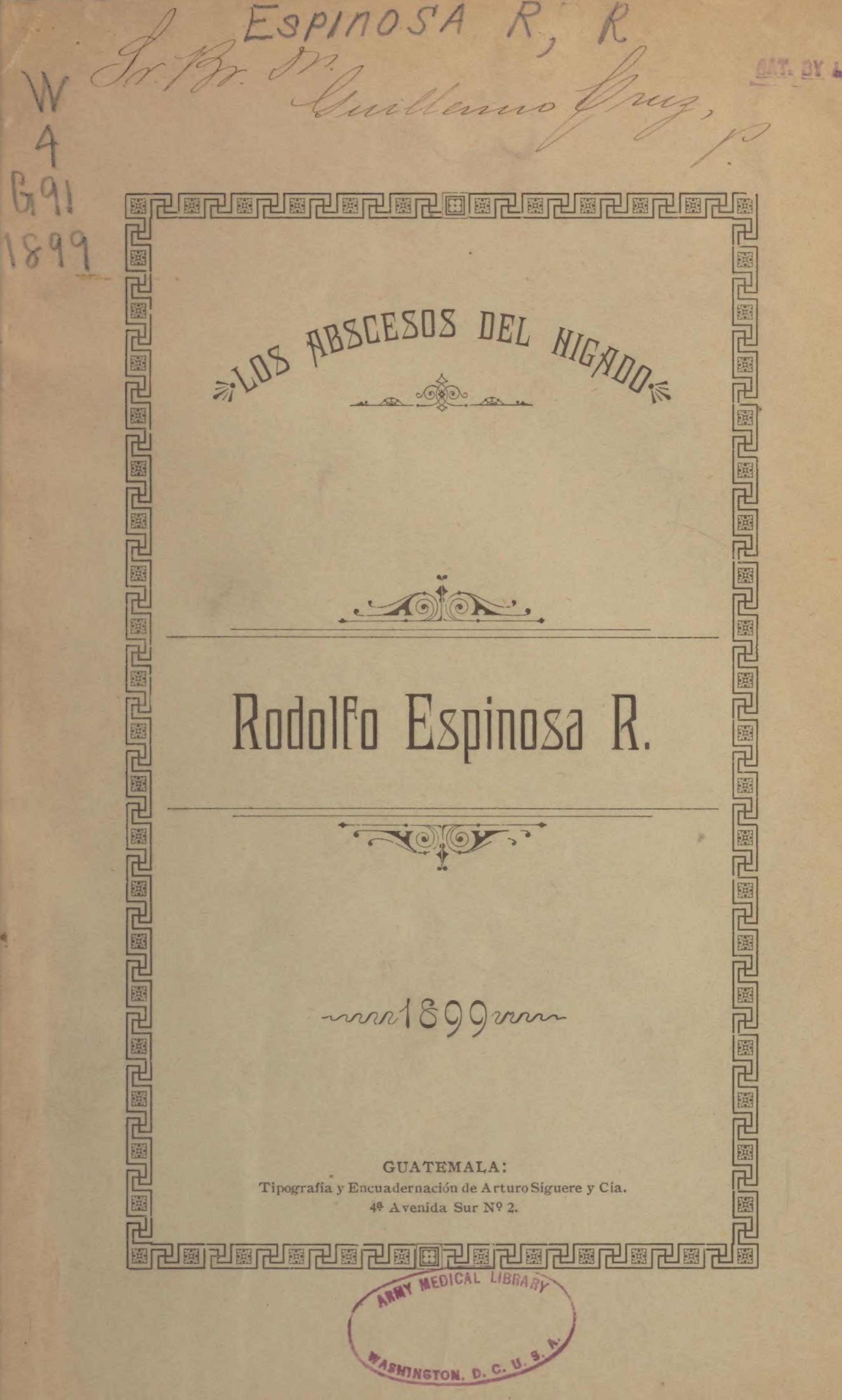


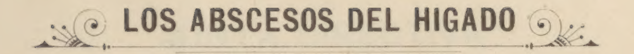
Sr. Br. Dn. Guillermo Cruz, p

LOS ABSCESOS DEL HIGADO

Rodolfo Espinosa R.

1899

GUATEMALA:
Tipografía y Encuadernación de Arturo Síguere y Cía.
4ª Avenida Sur Nº 2.



TESIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA ANTE LA JUNTA
DIRECTIVA DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

POR

Rodolfo Espinosa R.

Ex-Interno del Hospital General en los Servicios Segundo de Cirugía (1897) y Primero de Medicina (1898) (Clínicas de la Facultad).

GUATEMALA, ABRIL DE 1899.

Tipografía y Encuadernación de Arturo Síguere y Cía.
4ª Avenida Sur Nº 2.

JUNTA DIRECTIVA

DE LA

Facultad de Medicina y Farmacia

PROPIETARIOS :

DECANO....................Dr. don Juan J. Ortega
VOCAL 1º.................. ,, ,, Mariano Fernández Padilla
VOCAL 2º.................. ,, ,, Samuel González
VOCAL 3º.................. ,, ,, Salvador Saravia
VOCAL 4º.................. ,, ,, Leopoldo Mancilla
SECRETARIO.............. ,, ,, Luis Toledo Herrarte

SUPLENTES :

DECANO....................Dr. don Mariano Trabanino
VOCAL 1º.................. ,, ,, Juan I. Toledo
VOCAL 2º.................. ,, ,, Nicolás Zúñiga
VOCAL 3º.................. ,, ,, Mariano S. Montenegro
VOCAL 4º.................. ,, ,, Manuel Monge
SECRETARIO.............. ,, ,, Roberto Molina

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PRIVADO:

DECANO.................... Dr. don Juan J. Ortega
PRESIDENTE.............. ,, ,, Mariano Fernández P.
VOCAL 1º.................. ,, ,, Nicolás Zúñiga
VOCAL 2º.................. ,, ,, José Arzudia
SECRETARIO.............. ,, ,, Luis Toledo Herrarte

NOTA—Solo los candidatos son responsables de las doctrinas consignadas en las tesis. (Art. 286 de la Ley de Instrucción Pública.)



A MIS PADRES

DON FRANCISCO ESPINOSA S.

Y DOÑA TIBURCIA R. DE ESPINOSA.

A MIS HERMANOS.

A LA MEMORIA DE MI HERMANO

PEDRO FRANCISCO.

A MIS JEFES DE CLINICA

DR. DON JUAN J. ORTEGA Y

DR. DON JUAN I. TOLEDO.

A MI MAESTRO DE OFTALMOLOGIA

DR. DON MANUEL FIGUEROA.

AL DR. DON JOSÉ Mª IZAGUIRRE.

A MIS MAESTROS

DR. DON DOMINGO ALVAREZ Y

DR. DON CARLOS PADILLA.

Honorable Junta Directiva:

Con la timidez propia de quienes por vez primera escriben algo que deberá ser juzgado, venimos hoy á presentaros el humilde é incorrecto trabajo que hemos hecho sobre "Los abscesos del hígado." La benevolencia de que siempre os revestís al dictar vuestro fallo sobre asuntos de esta naturaleza, nos alienta, esperando sabreis disimular sus innúmeras faltas.

Si hay algo en él de meritorio es la buena voluntad que hemos tenido al emprenderlo, siendo, como es, superior, á nuestros anémicos esfuerzos.

En él encontrareis, débilmente reflejadas, las luces de nuestros doctos maestros y las impresiones clínicas de nosotros, pobres neófitos que, asombrados por la sublimidad de las Ciencias Médicas, apenas hemos podido trazar dos líneas sobre el gran libro de las Observaciones.

En estos momentos, séanos permitido consagrar un recuerdo cariñoso á nuestros queridos padres, de quienes no hemos sentido hace ya tanto tiempo el dulce calor de sus abrazos; y hacer pública manifestación de cariño sincero é inmutable hacia nuestros sabios y nobles maestros Dr. Don Juan J. Ortega y Dr. Don Juan I. Toledo, á quienes debemos la mayor parte de nuestros conocimientos.

LOS ABSCESOS DEL HIGADO.

SUMARIO.

Sinonimia.—Hase designado esta afección con los nombres de *absceso tropical*, *hepatitis vera*, abcesos *disentéricos*, *hepatitis aguda de los países cálidos*, *hepatitis nostras*.

División.—Desde en 1753 Morand trató de establecer dos categorías en las supuraciones del hígado, admitiendo en este órgano los *grandes abscesos* y los *pequeños*; pero hay que llegar hasta Budd en 1845 para ver clásicamente reconocida esta necesaria división. Tanto por la etiología como por la anatomía patológica, la sintomatología, las formas clínicas, el modo de terminación,

etc., unos y otros difieren notablemente. En el número de casos que hemos tenido oportunidad de ver en el Hospital General, nos hemos convencido plenamente comprobando que el pronóstico de los abscesos solitarios es, dados los medios de que hoy se dispone, infinitamente menos serio que cuando se trata de pequeños abscesos, los cuales, por sus dimensiones y su número, que siempre es crecido, merecen el nombre de *miliares*, y son la desesperación del Cirujano.

Historia.—Poco ó nada hay que decir acerca de las ideas que han reinado en los tiempos antiguos sobre la afección que nos ocupa. Ya Galeno conocía, aunque embrionariamente, las relaciones íntimas que existen entre los abscesos del hígado y la disentería, debiendo á este dato un éxito de diagnóstico. Durante la Edad Media, es decir, cuando la humanidad viviendo vida vegetativa, cubría con un velo sus verdades y sus herrores; cuando la actividad del hombre permanecía en criminal marasmo, los conocimientos hasta entonces adquiridos fueron relegados al olvido. Al acaso, en una mesa de disección, encontraban en la glándula hepática una vasta colección de pus que veían, que contemplaban, pero que no estudiaban.

La hepatitis de los países cálidos hizo su entrada á la literatura médica con el Baron Larrey, quien le consagró una corta memoria en las "Campañas de Egipto y de Siria."

Guiados solamente por el deseo de ser completos, pasaremos en revista las principales teorías que han reinado en la ciencia acerca de la cuestión que nos ocupa.

1º—*Teoría de Larrey.*—Este autor asignaba como causa de los abscesos hepáticos el exceso de calor; bajo su influencia, decía, la grasa del epiploon y del tejido celular se liquidificaba y trasportada por la circulación, era llevada al hígado en donde producía la inflamación, la hepatitis. A la influencia del clima agregaba otras muchas de orden secundario como los excesos de todo género, etc.

2º—*Teoría de las causas múltiples ó de Annesley.*—*Disentería hepática.*—Habiendo demostrado las experiencias de Crawford y de Lavoisier que el calor y la humedad del aire disminuyen la cantidad de gas carbónico exhalado por la respiración; y las de Copland, que la viciación del aire por la malaria conduce al mismo resultado, la consecuencia de la falta de excreción carbónica tiene que provocar una acumulación de principios hidrocarbonados en la sangre, principios que necesariamente deben eliminarse por otro emuntorio, la secreción biliar. De allí una mayor actividad del hígado, capaz de producir la inflamación del órgano. Annesley, fiel á las antiguas doctrinas, consideró las influencias combinadas del clima, del suelo, del alcoholismo, etc., como la causa de todas las enfermedades tropicales, asignando á estos factores patogénicos un valor igual, solamente variables con las condiciones individuales. El ha sido el creador de la *dsientería hepática.* Esta asociación de palabras indicaba no la coexistencia fortuita de dos enfermedades distintas, sino la presencia de una sola entidad morbosa en donde las afecciones intestinal y hepática estaban vinculadas por lazos patogénicos.

El superfuncionamiento del órgano á consecuencia del calor y los excesos, en particular los alcohólicos, conducían inevitablemente á esa enfermedad. Casi siempre principiaba por la hepatitis: el éstasis biliar traía consigo la hiperhemia y por último la supuración de la glándula. En otros casos los síntomas disentéricos abrían la escena; en otros, en fin, las dos enfermedades evolucionaban simultáneamente. Estos elementos se influenciaban el uno al otro: alterada la secreción biliar por el mal funcionamiento del hígado producía ó mantenía la irritación de la mucosa intestinal; por otra parte la sangre viciada al nivel del recto enfermo y conducida por la circulación al hígado, era una nueva causa de inflamación: de allí la gravedad particular de la disentería hepática: de allí también su individualidad mórbida. Tal es la teoría de Annesley que tiene el gran mérito de haber inspirado á todos sus sucesores, pues como veremos más adelante las otras teorías no son sinó fragmentos de las doctrinas de este sagaz observador.

3º— *Teoría de la metastasis pihémica y septicémica.*—Budd en 1845 admitía dos grandes clases en los abscesos del hígado: unos *pihémicos*, pequeñas y múltiples, de origen flebítico y los otros *septicémicos* grandes y casi siempre únicos, ocasionados por la absorción de sustancias pútridas al nivel de las vías digestivas ulceradas. Reputaba los abscesos tropicales de origen disentérico como perteneciendo á esta última categoría, por cuanto á que existe una solución de continuidad en la mucuosa intestinal, y no porque el elemento causal de la disentería fuera capaz de

producirlos. El error de esta teoría está plenamente demostrado por los hechos clínicos: hay casos, y numerosos, en donde no se encuentran ulceraciones y sin embargo una hepatitis mortal se declara.

4º— *Teoría palustre.*— En 1847 Haspel, Catteloup y Cambay emitieron la opinión de que el miasma palustre es la principal causa de las inflamaciones del parenquima hepático. Como veremos al tratar de la etiología, mucha razón hay de parte de estos autores, pues no son pocos los casos en que la única causa es el paludismo.

5º—*Teoría meteorológica.*— Encontramos como fundadores de esta teoría á Jacquot, Rouis y Morehead. En el sentir de estos autores sólo las causas climatéricas pueden dar origen á la hepatitis; pero cada uno de ellos aunque contestes en lo que á causas se refiere, han diferido en cuanto á cuál en particular se deba el proceso. Para Jacquot, el paludismo no puede tomarse como causa patogénica de los abscesos del hígado, en tanto que sí admite la posibilidad de que tengan con la disentería alguna relación.

Para Rouis, la hepatitis es una enfermedad esporádica que se desarrolla bajo la influencia de las altas temperaturas, en individuos no acostumbrados á soportarlas.

En fin, para Morehead es el frío exterior la causa principal de la inflamación del hígado, frío tanto más perjudicial cuanto que la producción del calor animal está ya disminuida, de suerte que el enfriamento del cuerpo puede ser el resultado de circunstancios incapaces de producirlo en los climas fríos y en los individuos vigorosos.

6º—*Teoría que pudiéramos llamar bromatológica.*—Sachs, en 1876, dió una importancia capital á ese factor ya tomado en cuenta por Annesley, la alimentación muy sustancial y epícea, el exceso en las bebidas espirituosas, etc. El autor considera la hepatitis como afección esencialmente local sólo dependiente de causas individuales y fisiológicas. Existiendo, por regla general, en los habitantes de los países cálidos una congestión crónica del hígado, bien poco se necesita pora que la hepatitis se produzca: un exceso ya sea en las comidas ó en las bebidas espirituosas producirían este resultado.

El alcoholismo, en verdad, juega un papel muy claro en la producción de los abscesos. Waring en una estadística de cien casos, encontró antecedentes alcohólicos en sesenta y siete de éllos. En nuestro corto número de observados también vemos ocupar un lugar preponderante al etilismo.

7º—*Teoría de Dutroulau.*—En todos las teorías anteriormente expuestas vemos que la falta de higiene y las acciones climatéricas son únicamente consideradas como las causas determinantes de la supuración hepática. Ha sido Dutroulau el primero en afirmar que hay *un miasma* emanado del suelo, un *principio infeccioso especial* que engendra tanto la disentería como la hepatitis, pues no concibe cómo las simples infracciones de la higiene ó la influencia meteorológica sean suficientes para producirla.

Después de brillantes y numerosas discusiones acerca de si la hepatitis supurativa se encuentra comunmente ligada á la disentería por una habitual coincidencia, ó bien porque entre estas

afecciones exista un lazo patogénico, hoy es un hecho admitido en la ciencia que la causa que provoca la disentería es también la que engendra, en la mayoría de los casos, la hepatitis. El mérito de esa conquista corresponde á Dutroulau.

Anatomía Patológica. — Anatómicamente considerada la hepatitis no tiene más que una forma, la supuración; porque si es cierto que existen casos en donde todo el proceso puede limitarse á una simple hiperhemia, terminándose por resolución no deja vestigios siquiera, correspondiendo á la Clínica su estudio.

La supuración siempre es circunscrita y tiende á formar un absceso. Algunos autores como Haspel han descrito *hepatitis difusas*, tomando por tal lo que no es sino un absceso en vía de formación y en ese estado particular que se llama de *infiltración purulenta.* Efectivamente, tres períodos pueden distinguirse en su evolución: en el primero la zona hiperhemiada ó inflamada está todavía muy dura ó bien ligeramente reblandecida hacia su centro; en el segundo la colección purulenta bien constituída está provista de una membrana piogénica, aumentando por la neoformación de otras más pequeñas en su interior; y en el último, no constante, sobreviene la reparación de todo cuanto se ha destruído, sea por que se le dé salida al pus por los medios quirúrgicos, ó bien que se haya abierto en una cavidad natural.

Siguiendo á Gilbert dividiremos los abscesos hepáticos en *grandes, peqeños y areolares*; por que si es cierto que la clasificación establecida por Kelsch y Kiener, quienes los dividen en *flegmonosos* y *fibrosos* es muy útil, se refiere más bien al

proceso evolutivo que á la forma anatómica.

Grandes abscesos.—Los grandes abscesos del hígado, llamados también abscesos solitarios, son generalmente únicos, pudiendo observarse en la misma glándula muchos en diferentes grados de desarrollo. Cuando se examina el hígado de un individuo que ha muerto de hepatitis aguda, la apariencia exterior del órgano es extremadamente variable según que el absceso se encuentre en la superficie ó en la profundidad; según el grado de hiperhemia de la glándula y las relaciones que la flegmasía primitiva tenga con los órganos adyacentes. Lo primero que llama la atención es cabalmente la hiperhemia del hígado, primer carácter aparente de la inflamación de los tejidos. Cuando el absceso predomina en la superficie, forma una eminencia globulosa cuyo color contrasta con el del resto del órgano.

Sitio.—El sitio en que frecuentemente se desarrolla la hepatitis es el lóbulo derecho y de preferencia en la cara convexa. En nuestros observados la mayor parte han presentado esta disposición. El lóbulo izquierdo y el de Spigelio raras veces son tomados.

Cualquiera que sea el sitio del foco purulento, es por excepción que comienza por ser cortical, lo cual los distingue de los abscesos metastásicos cuyo asiento primitivo es la periferia del hígado. Según Dutrolau en los abscesos tropicales el pus, coleccionándose en el centro de la glándula, tiende paulatinamente á abrirse al exterior, marcha que no se observa en los producidos por la infección purulenta.

Número.—Como ya dijimos, los grandes abs-

cesos son generalmente únicos, notándose que el mayor número que en un caso se ha visto fué de doce. En un total de 248 observaciones se presentó la disposición siguiente:

248			
1 absceso	2 abscesos	3 abscesos	Más de 3, hasta 12
173	43	11	21

(Rendu).

Esta particularidad de ser únicos constituye un carácter diferencial entre los abscesos de origen francamente inflamatorio y aquellos que obedecen á metástasis.

Volumen.—Esencialmente variable, pueden hallarse desde el tamaño de una nuez hasta el de una cabeza de feto. En los casos que relatamos el volumen de las colecciones purulentas ha oscilado al rededor de una libra. En los operados de que hablan las observaciones XI, I y II, encontráronse respectivamente seis, dos y una y media libras. Eichhorst, en su tratado de Patología Interna, cita el caso observado por Toman en Liverpool, en donde ese Cirujano operó un absceso que contenía diez y ocho libras de pus. En estos casos el órgano entero está destruido y trasformado en una bolsa purulenta como lo encontramos á la autopsía en el caso de que habla la observación IV. Estas lesiones son, por fortuna, súmamente raras, y en tales circunstancias es muy difícil decir si al principio sólo un absceso existía, ó bien si éste no es más que la resultante de la asociación de muchos que primitivamente hayan ocupado diferentes lóbulos de la glándula.

Forma.—Como el volumen, la forma también varía mucho. En la mayoría de los casos son más ó menos globulosos por la presión igual que el líquido ejerce en todos sentidos; pero en otras ocasiones los límites de la cavidad son menos claros y las anfractuosidades que en su interior se observan las hace muy semejantes á las cavernas pulmonares.

El grado de antigüedad del absceso influye mucho en su forma: en aquellos de formación reciente encontramos la primera de las ya apuntadas, porque los tejidos, todavía provistos de cierta resistencia, conservan la forma que la presión les comunica; pero en los antiguos el reblandecimiento á que ha llegado la zona piogénica les impide guardar ninguna, y además la capa fibrosa que en ellos se forma contribuye á consolidar las irregularidades que ya han adquirido.

Paredes.—La pared de los abscesos flegmonosos presenta una estructura variable según la antigüedad de la lesión. En los de marcha rápida la encontramos blanda, tapizada de vellosidades súmamente friables. En aquellos de evolución lenta, las paredes se organizan. Entonces están formadas de tejido embrionario tapizado á su vez por una membrana piogénica, cuya constitución es la siguiente: íntimamente unida á ese tejido embrionario de que ya hablamos, encuéntrase una red linfática que poco á poco se provée de elementos nuevos que le darán mayor vigor y que á su vez se divide en dos capas: una llena de vellosidades ya simples, ya ramificadas, más ó menos largas; otra, la más interna, reposando sobre la anterior es blanda, semitrasparente, ligeramente

mamelonada y de constitución fibrinosa. La membrana piogénica ya descrita, habitualmente se encuentra como sembrada de pequeñas colecciones de pus, que abriéndose en la cavidad central, contribuyen á aumentarla.

En los casos en que la duración del absceso es muy larga, por ejemplo, cuando se ha establecido una fístula hepato brónquica que evacúa incompletamente el pus, el tejido embrionario se espesa, se pone fibroso, lardáceo y forma una especie de coraza cuyo espesor y resistencia impiden la cicatrización de la lesión. En estos casos convendría el raspado de la pared como lo ha propuesto Fontan.

La histogenesis de los abscesos flegmonosos y fibrosos ha sido magistralmente estudiada por Kelsch y Kiener. Las trabéculas que en el tejido ya alterado existen, se infiltran de leucocitos, pierden paulatinamente su disposición radiada y caen en deliquium. En los casos de marcha rápida, se ve cada trabécula en un principio adelgazada por la compresión, hincharse, trasformándose bien pronto en un cilindro de materia granulosa en donde se hallan infinidad de gotitas de grasa. Los espacios intertrabeculares se ensanchan, dando la apariencia de verdaderas ulceraciones semejantes á las que se presentan en la disentería. Otras veces el proceso se asimila mucho á una necrosis vulgar, siendo el acúmulo de leucocitos llamados por su acción fagocitaria la causa de la muerte de esos tejidos glandulares que quedan como estrangulados por el crecido número de glóbulos blancos. Cuando el absceso está formado, el mismo proceso que lo ha consti-

tuido es el que continúa manteniendo la supuración. Una vez que abierta la cavidad se evacúa el contenido, el tejido fibroso que le rodea puede retraerse y contribuir á formar la cicatriz.

Las lesiones histológicas que presentan los abscesos fibrosos difieren un tanto de las ya descritas á propósito de los flegmonosos. En su origen se presentan como un pequeño nódulo fibroso, duro y solamente visible al microscopio. Las paredes formadas de tejido embrionario en su interior presentan una capa también fibrosa al exterior, siendo raro que tengan membrana piogénica.

Cuando aún la colección de pus no se ha formado, la zona en que deberá desarrollarse se presenta bajo la forma de una masa obscura que á la menor presión da salida á una multitud de gotitas de pus, semejándose en un todo al pulmón pneumónico en el período de hepatización gris.

Contenido.— El pus de los abscesos recientes está formado por una materia amorfa y granulosa, encerrando leucocitos, ciertos cuerpos opacos, refringentes, sin núcleo, que no son sino células hepáticas comprimidas y necrosadas; cristales de colesterina, bacterias diversas, estreptococos y, en algunos casos, esas cristales incoloros, cuadrangulares, descritos por Netter y cuya naturaleza no está aún claramente establecida. En algunos casos el pus es muy espeso, color de chocolate ó de heces de vino á consecuencia, probablemente, de la gran hiperhemia que los elementos celulares tienen en el momento de entrar en efusión. Otras veces es francamente verde, debido á la ruptura de un canalículo biliar en la cavidad del absceso. El pus generalmente *luable* y bien ligado, casi

siempre inodoro, puede presentar en algunas ocasiones un olor fuertemente estercoral ó bien picante como el del amoniaco. Por regla general, cuando el absceso queda aislado en el centro del órgano, el pus es inodoro; pero cuando su situación anatómica es tal que le obliga á estar en relación con el colon ascendente ó trasverso, entonces adquiere ese olor estercoral de que ya hemos hablado sin que haya abertura del foco en el intestino.

Como veremos al tratar de la bacteriologia, uno de los caracteres más notables que tiene el pus de los abscesos tropicales es lo que Longuet, Dieulafoy, etc., han designado con el nombre de *esterilidad*. Se ha creído que una consecuencia directa de esta propiedad es la carencia de olor que habitualmente tiene y, generalizando, han llegado hasta pensar que si el pus tiene alguna fetidez no puede ser *aséptico*. Fuera de que el análisis bacteriológico demuestra lo contrario, haciendo ver que por más que organolépticamente considerado sea igual al pus vulgar de un absceso cualquiera, es completamente estéril, hay otra razón para no subordinar lo uno á lo otro: el olor que en ciertos casos adquiere, le es comunicado por los órganos vecinos, principalmente por el intestino. Además, la Patología General nos enseña que el pus debe su olor al sulfhidrato de amoniaco y á ciertos cuerpos grasos desarrollados merced á reacciones químicas que bien pueden verificarse aún cuando el pus de que tratamos no contenga micro-organismos, que es la característica de la esterilidad.

Los datos anatomo patológicos que acabamos

de apuntar, se refieren á aquellos casos en que no ha habido infecciones secundarias, las cuales dan entonces al absceso un carácter especial. Así pueden señalarse, aunque no tienen utilidad práctica, complicaciones necrósicas, pútridas y gangrenosas en las hepatitis supuradas. A veces se encuentran en el seno mismo de la colección purulenta, ascárides, cálculos biliares, alfileres ingeridos casualmente, etc. Un hecho que merece ser tomado en consideración es la facilidad con que se forman vastos aneurismas en las paredes de los abscesos, como en el caso citado por Eichhorst y descrito por Irvine, en el cual se encontró un aneurisma que produjo una violenta y mortal hemorragia.

El edema del tejido hepático, fácil de comprobar teniéndolo á la vista, es un dato muy importante para el Cirujano desde el punto de vista del pronóstico; pues á una zona de edema muy extensa, corresponde un absceso muy grande.

La perihepatitis, que puede ser simplemente adhesiva ó supurada, es casi la regla y tiene gran utilidad por ser el medio de defensa más eficaz que el peritoneo tiene, siendo así que determina la formación de adherencias que lo resguasdan y protejen.

Abscesos areolares.—Chauffard ha descrito una forma especial de abscesos hepáticos á los cuales ha dado el nombre de areolares. Sucede que la cavidad del absceso solitario se divide en verdaderas celdas por medio de trabéculas espesas, ó bien muchos de pequeñas dimensiones se reunen y comunican entre sí, semejando á una esponja cuyas vacuolas estuviesen llenas de pus.

Este tiene caracteres análogos á los ya descritos.

Chauffard, habiendo encontrado esa disposición en sujetos atacados de angiocolitis y de periangiocolitis, emitió la opinión de que eran siempre consecutivos á tales lesiones. De esta misma opinión eran Widal, Grifon, etc.; pero Achard ha visto un absceso areolar desarrollado á consecuencia de un cáncer del hígado; y Claisse encontró otros dependientes de una pileflebitis: de allí se deduce que la forma areolar tiene una etiología múltiple. Su morfología especial es debida, por una parte, al desarrollo de la supuración en la confluencia de un sistema de canales, por otra á una atenuación en la virulencia de los gérmenes patógenos, y en fin, á una mayor resistencia del tejido hepático. El volumen de estos abscesos nunca pasa de una mandarina; de diagnóstico difícil, aun cuando llegue á hacerse el pronóstico siempre es grave, porque la terapéutica quirúrgica poco ó nada puede hacer. Son éstos los que más comunmente se confunden con las pleuresías del lado derecho, como en el caso de Hanot en que un absceso areolar fué tomado por una pleuresía purulenta.

Pequeños abscesos.— Estos, que podríamos llamar miliares, están caracterizados microscópicamente por encontrarse en número considerable; ser de exiguas dimensiones variando entre una cabeza de alfiler y una habichuela. Cuando se examina un hígado que es el asiento de estos abscesos, se siente, al pasar la mano sobre su superficie, una serie de eminencias pequeñas y regulares situadas bajo la cápsula de Glisson. A la inspección se ven esas eminencias de un color amari-

llento, que hace contraste con el fondo obscuro presentado por el resto del hígado. Haciendo un corte se comprueba más claramente lo que ya estudiamos en la superficie.

Microscópicamente considerados, estás constituidos al principio por una verdadera ectasia de los capilares sanguíneos, cuyo interior encierra multitud de células fagocitarias y de microbios patógenos; después la diapedesis se establece; las células circunvecinas se alteran en su composición, sufren la degeneración granulo-grasosa, caen en deliquium y el pequeño absceso se constituye, siendo de mayores dimensiones si muchos vasos se reunen y juntos sufren la evolución descrita.

Bacteriología.—Dada la variedad etiológica que entre los abscesos del hígado existe, la riqueza de la flora bacteriana es maravillosa. Entre las especies que se pueden encontrar en el pus de las hepatitis supurativas están el estreptacoco, que para Zancarol es el agente patógeno más habitual; los estafilococos piógenos blanco y dorado, señalados por Bertrand, Fontan, Achalme, Kruse, Pasquale, etc.; el bacilo de Escherisch, el bacilus piogenes fétidus, el bacilo de Eberth. Babés y Zigura han descrito también un pequeño bacilo muy delgado y difícil de cultivar. También se han encontrado los parásitos que, según algunos autores, son los agentes de la disentería, como la anguilula estercoralis de Normard, la ameba coli de Laesch y el bacilo de Chantemesse y Widal. (*)

A menudo el pus de los abscesos del hígado

(*) Francisco Bueso.—Bacteriología de la disentería y su tratamiento antiséptico.—Tésis de Guatemala.—1894.

es estéril, es decir, incapaz de fertilizar los medios de cultivo de uso corriente, sea que se extraiga de un organismo viviente, sea que la autopsia lo muestre. Kartulis ha sido el primero en fijarse en este hecho interesante; pero parece que antes de él ya Bokai, Talamon, Loenstein y en particular Laveran y Netter lo habían estudiado. Esa particularidad se observa especialmente en los abscesos de origen disentérico ó palúdico.

Como sucede corrientemente que aunque estéril, en el pus se declara al microscopio formas bacilares, se deduce que primitivamente debió ser virulento. La esterilidad ha sido atribuida á la acción de la bilis; pero es sabido que en esta secreción pueden desarrollarse, como un excelente medio de cultivo, la mayor parte de las especies microbianas que en el hígado inflamado son capaces de encontrarse. Otras veces ha creído deberse á una acción particular, de orden químico, que la célula hepática tiene; mas esta acción es por hoy desconocida. Se ha dicho también que los microorganismos existentes no se podían cultivar en los medios hasta aquí conocidos ó bien que no se hacían ostensibles con los procedimientos ordinarios de coloración; que sólo la pared del absceso los contenía y no el líquido purulento, etc.

Longuet, en una brillante monografía, después de haber estudiado el pus obtenido en varios casos, deduce que siempre es estéril, pudiendo tener ó no fetidez.

Nosotros, guiados por el inteligente Doctor F. Luis de Villa y con la valiosa cooperación del señor R. Guerin, á quienes damos nuestros más sinceros agradecimientos, estudiamos bacterioló-

gicamente el pus de dos abscesos. El primero, tomado de una hepatitis que databa de tres meses, fué recogido de la manera siguiente: llevamos al Hospital General una pipeta Chamberland-Pasteur, perfectamente esterilizada al autoclave; después de practicada la resección costal y la hepatopexia, se hizo una punción en el parenquima hepático; uniose la extremidad afilada de la pipeta á la aguja exploratriz por medio de un tubito de caucho también estéril, y se aspiró el pus por la extremidad opuesta de la pipeta, recogiendo así una buena cantidad con la plena evidencia de que no se nos había infectado por el aire. Sellamos á la lámpara la pipeta y la llevamos al Laboratorio de la Casa Nacional de Moneda en donde hicimos el pequeño estudio. El examen del pus sin coloración y con ella, nos mostró la presencia de detritus epiteliales, leucocitos, glóbulos de pus y una que otra forma bacilar sin movimiento. Procedimos á hacer cultivos en gelatina y en caldo simple; á las 48 horas después no había ningún desarrollo. Entonces pusimos el caldo en la estufa (37°) durante tres días consecutivos y tampoco hubo ninguno. Viendo que no había resultado positivo abandonamos el estudio. Algún tiempo después volvimos al laboratorio y observamos, llenos de satisfacción, que tanto la gelatina de la cajita Petri como el caldo, tenían perfecta limpidez, prueba fehaciente de que no había habido ningún desarrollo bacteriano, y que enconsecuencia ese *pus era estéril*. Debemos advertir que tenía un ligero olor fecal.

El segundo examen fué hecho en el pus de una hepatitis reciente y precozmente diagnostica-

da, datando de siete á quince días. Recogido con las mismas precauciones del anterior encontramos, examinando el pus sin coloración y con ella: leucocitos, detritus, glóbulos de pus y *estreptococos* en gran cantidad. Se hicieron cultivos en gelatina y en caldo simple, desarrollánnose tanto en una como en otro. Del caldo se tomó una gota, y siguiendo la técnica general, se coloreó con el azul de Loffler, dando también multitud de estreptococos. De la placa de gelatina en que hubo desarrollo, se tomó una pequeñísima cantidad y se inoculó en gelosa; un sin número de colonias redondas y blanquecinas se obtuvieron, las cuales, coloreadas convenientemente y examinadas al microscopio, resultaron ser de *estreptococos.* Entonces, pues, este pus de formación reciente, *no era estéril.*

En vista de estos resultados que pueden reasumirse así: esterilidad en el pus antiguo; virulencia en el reciente; y tomando en consideración lo que dicen muchos autores, pensamos que esa particularidad tan discutida no es sino la consecuencia de la acción del tiempo. Fuera de estos argumentos hay otros que tienden á probar lo que decimos: sabido es, por ejemplo, que cualquier cultivo artificial abandonado un tiempo más ó menos largo, se vuelve estéril; que el pus de los abscesos del cerebro, cuya marcha es lenta é insidiosa, también está exento de microbios; que el que se obtiene de ciertas artritis muy viejas, el de los abscesos por congestión, etc., gozan de la misma propiedad. Ahora bien, como el diagnóstico de la presencia del pus en el hígado es tan difícil, en la mayoría de los casos pasa desaperci-

bido ó se diagnostica tarde, siendo en esos en que se halla, como en el primero de los nuestros, estéril. Cuando por el contrario logra hacerse precozmente, se encuentra pus virulento, como en el segundo que nosotros examinamos.

Respecto de que el pus esteril debe ser inodoro, creemos que es una teoría insostenible; hemos visto que el primero de los estudiados, aun con cierto olor fecal, era esteril; además si la fetidez del pus es debida á acciones químicas que se originan bajo la influencia de los microorganismos, produciéndose ciertas sustancias que le suministran al pus su olor, bien puede admitirse que aún habiendo desaparecido los microbios hayan de antemano provocado esos cambios y esas reacciones. Si, como otros creen, el pus hepático debe su olor (cuando lo tiene) á la vecindad del intestino, admitiendo que se establecen corrientes de ósmosis gaseosa á través de la pared de éste, nada más lógico que admitir *esterilidad y mal olor adunados*, sin que lo uno excluya á lo otro. Hemos abordado un punto escabroso y superior á nuestros esfuerzos, pero al hacerlo no hemos tenido en mira sino llamar un poco la atención sobre asunto de tanto interés para que nuestros maestros con sus conocimientos y nuestros compañeros con su diligente laboriosidad, traten de darnos las luces que sobre el particular deben tener.

Etiología y Patogenia.—La hepatitis francamente aguda, aquella que se termina habitualmente por supuración, y que da origen á los grandes abscesos del hígado es muy frecuente entre nosotros. Sinembargo, existen otras supuraciones de orígenes diversos. Así por ejemplo.

tenemos los abscesos metastásicos cuya etiología la forman todas las causas de infección purulenta: traumatismos, heridas de la cabeza, operaciones quirúrgicas, pirexias infecciosas, septicemia puerperal, endocarditis, aortitis infecciosas, pneumonías supuradas, etc. Estos abscesos, que son miliares, principian por un ligero tinte equimótico; los vasos se llenan de glóbulos rojos y blancos; éstos, en crecido número, atravesando por diapedesis la pared de los vasos, infiltran el lobulillo, las células hepáticas se hacen granulosas, se atrofian y de esa manera queda constituido. La patogenia de estos abscesos sería la siguiente: los microbios piógenos que han penetrado al sistema venoso son llevados al hígado por la arteria hepática. Estos agentes, que habitualmente son el estreptococo, el estafilococo, etc., se detienen en los capilares radiados del lobulillo hepático. Su presencia, por una parte, y las toxinas que elaboran por otra, provocan las lesiones del endotelio vascular, la obliteración de los capilares, el acúmulo de leucocitos, la supuración, el absceso miliar. Como se ve la noción de las infecciones microbianas ha suststuido hoy á la ya antigua de la embolia capilar formulada por Virchow.

Otras veces en lugar de tener el absceso como causa próxima una alteración del sistema venoso general, tiene su origen en el sistema de la vena porta. Su inflamación, es decir, la pileflebitis, puede ser consecutiva á una ulceración del intestino, á un absceso del bazo. El micro-organismo mas generalmente encontrado en estas ocasiones ha sido el bacilo de *Escherisch.* En diversos puntos del hígado se encuentran pequeños abscesos

sobre el trayecto de las venas inflamadas; éstas, á su vez, están atacadas de endo y periflebitis. Tal es la marcha de la lesión cuando viene por pileflebitis. En algunos, sinembargo, puede perfectamente no haber alteración en el sistema porta, habiendo llegado los microbios al hígado con tal grado de virulencia que determinan directamente la formación del absceso.

Las embolias de la vena porta, nacidas de un trombus de alguna de las meseraicas dan origen generalmente á un infarto de la zona embolizada, seguida de degeneración granulo-grasosa á consecuencia de la anemia; pero no hay hepatitis, salvo si la embolia es séptica, es decir, si está cargada de micro-organismos.

Los abscesos biliares se producen siempre que los canales son el asiento de una inflamación, la cual puede estar sujeta á causas muy numerosas; por ejemplo, los cálculos biliares, obstrucción del colédoco, etc., que determina la ectasia y la formación de abscesos por ese mecanismo designado con el nombre de infecciones secundarias.

Es en particular de la hepatitis francamente aguda que nos ocupamos en este trabajo.

Desde el punto de vista etiológico, existen dos formas de abscesos del hígado. En una de ellas, aquel no es sino la manifestación secundaria de una lesión intestinal, un transporte de un agente virulento que viene de una úlcera disentérica por medio de las radículas de la vena porta. "Los gérmenes en el seno del parenquima hepático, dice Gennes, se desarrollan como en un caldo de cultivo." El hecho de haber encontrado en el pus de los abscesos, diplococos análogos á

los encontrados en las ulceraciones intestinales, constituye un argumento perentorio en favor de su origen disentérico. Esta inflamación séptica que se termina por supuración, se extiende á toda la masa hepática, de tal manera que al rededor de de un absceso más ó menos voluminoso se encuentran otros más pequeños, casi miliares.

En la otra forma, por el contrario, el absceso se parece por sus caracteres generales á los que se desarrollan en otras regiones. Efectivamente, aquí no se trata sino del paso á la supuración de un tejido inflamado aguda ó crónicamente en un principio y habiendo pasado por una faz congestiva. El agente irritante es el hematozoario de Laveran al cual vienen á juntarse todas las causas ocasionales, como excesos en alimentos, bebidas, etc. La autopsia en estos casos no revela ni ulceraciones ni cicatrices en los intestinos. Como dijimos al tratar de la historia, Catteloup, Haspel y Cambay, reconocían el origen palúdico de ciertos abscesos hepáticos. Galeno mismo decía: "las tercianas se forman en el hígado;" y Ballen y Senac hacían de este órgano el sitio en que residía la fiebre intermitente.

En nuestras observaciones IV y XIII no hemos podido encontrar sino antecedentes de paludismo. Demmler cita el caso de un médico militar que después de vivir dos años en Argelia tuvo una congestión hepática, muriendo de un absceso, sin haber padecido jamás de disentería sino sólo de intermitentes cuotidianas.

Creemos, pues, deber admitir además de la disentería, el paludimo como causa de hepatitis supurada. Si la Anatomía Patológica se inclina

fuertemente á admitir nefritis, endocarditis de origen malárico, y si es una consecuencia habitual de la acción del hematozoario la irritación que en los tejidos provoca, lógico es considerarlo como capaz de engendrar la inflamación de la glándula hepática. Kelsch y Kiener dicen: "ordinariamente, después de una serie de fiebres intermitentes y en medio de una caquexia confirmada se desarrollan las lesiones del hígado. En los individuos que sucumben en el curso de una malaria (cualquiera que haya sido la afección que produjo la muerte y el tiempo que duró la intoxicación), dicho órgano no se encuentra normal: más ó menos claras se denotan las alteraciones propias á la hepatitis parenquimatosa."

Fassina (1) en su Tesis "sobre los abscesos del bazo en la malaria," emite la opinión de que el hematozoario es capaz de adquirir según el medio en que se encuentre propiedades que en otros tejidos no presenta: puede hacerse *piógeno*. Fuera del respeto que tal opinión nos merece quizá tratándose del hígado no sea necesario admitir tal transformación en el Laveran. Efectivamente, este parásito es capaz de llegar al hígado por la vía estomacal, irritaría el tejido de la glándula y lo pondría en condiciones propicias para supurar. En los climas cálidos hay una predisposición especial de nuestros tejidos para éllo, bajo la influencia de una acción irritante determinada por un agente macro ó microscópico como el hematozoario. Estos datos están conformes con lo que la moderna Patología General nos dice acerca de que la supuración, resultado de la reacción de los

(1) Tesis de París, 1889.

tejidos contra ciertas sustancias químicas que son por regla general de origen microbiano, puede producirse sin la intervención de microbios, con tal que esos principios orgánicos ó inorgánicos sean capaces de exaltar el poder fagocitario de los leucocitos. Quizás estos sean los casos en que el pus es estéril y talvez á esto se deba los resultados diferentes que al examen bacteroleógico se encuentran.

Reconocemos, pues, esa forma de abscesos del hígado de origen francamente inflamatorio, aislados, solitarios, de pronóstico favorable, por que la lesión es limitada, pues así lo demuestra la experiencia clínica.

Avila Echeverría (1) en su magnífico estudio sobre el paludismo, dice: "el hematozoario ejerce una acción directa sobre el tejido hepático capaz no sólo de producir la congestión del órgano, sino la cirrosis, en especial la atrófia. Y agrega: los abscesos del hígado son frecuentes entre nosotros, particularmente en las regiones febrígenas (Retalhuleu, Suchitepéquez, Escuintla, parte Sur de los departamentos de Santa Rosa y Jutiapa, Amatitlán é Izabal); pero como la disentería, su causa principal, es tan común en esas mismas zonas, con suma dificultad se podrá apreciar en algunos casos la influencia que el paludismo haya tenido por sí sólo."

La disentería, (2) factor etiológico de gran valor en la producción de los abscesos del hígado,

(1) Tesis de Guatemala, 1895.

(2) "Las complicaciones de la disentería son muy varias; las más frecuentes en Guatemala son las congestiones hepáticas y los abscesos del hígado." Tesis de V. C. Herrera, 1894.

ha sido en muchos de nuestros observadores la única causa. Kelsch y Kiener, inspirados en la idea de Dutroulau han establecido magistralmente, basados en pruebas múltiples, la identidad que hay entre la disentería y los abscesos hepáticos desde el punto de vista de su naturaleza. Han hecho ver que tanto la Anatomía Patológica como la Clínica, demuestran la subordinación que entre dichas afecciones existe. El absceso tropical como Murchison lo concebía, es decir, idiopático, no existe. La hepatitis no tiene una existencia independiente ni histórica, ni geográficamente considerada; en donde las inflamaciones del hígado se presentan; reinan también epidémica ó endémicamente la disentería, la fiebre tifoidea, etc. En una estadística presentada por los autores ya mencionados, en 314 casos encontraron antecedentes disentéricos en 260 de éllos, es decir, el 75 por ciento. Si recordamos que Bouillaud ha fundado la ley de coincidencia é identidad de la endocarditis con el reumatismo, basado en una proporción mucho menor (50 ó 60 por ciento), mucha mayor razón habría en hacer otro tanto con la disentería y la hepatitis.

Aunque no con la frecuencia de las enfermedades anteriormente citadas, la fiebre tifoidea también es susceptible de producir abscesos hepáticos. Existiendo ulceraciones al nivel de las placas de Peyer, los agentes virulentos pueden perfectamente ser trasportados por la circulación al órgano en donde evolucionan. Sinembargo, Hutinel en su tesis de agregación á la Facultad de Medicina de París, se expresa así con relación al asunto que nos ocupa: "Es de admirarse cuan-

do notamos la rareza de las inflamaciones del hígado consecutivas á la dotinenteria, siendo las ulceraciones intestinales constantes, y las conexiones con la glándula hepática tan íntimas." ¿Será en realidad que se presentan estos casos excepcionalmente? Oigamos lo que dice Gervais: "probablemente nó; lo que sucede es que siendo tan obscuros los síntomas y signos por los cuales dicha afección se manifiesta, pasa desapercibida en la inmensa mayoría de los casos."

Otra causa muy frecuente es la apendicitis. El Profesor Dieulafoy de una manera magistral y brillante, como lo hace siempre que su pluma escudriña algún punto científico, ha establecido esa relación de causa á efecto. Defensor apasionado, si se quiere, en esta cuestión hace ver con un acopio de datos maravilloso, la falta grave que se comete cuando no se opera *tuto, cito et jocundo*, la apendicitis; repitiendo siempre esa frase, verdadero aforismo científico que dice: "El Cirujano se arrepentirá siempre de no haber operado ó de haberlo hecho tarde; nunca de hacerlo precozmente." En una brillante lección que dió á principios del año próximo pasado, relata varios casos, todos altamente instructivos, de los cuales extractamos uno. "El día 12 de marzo de 98 ingresó al Servicio un hombre de 34 años de edad.—La temperatura al llegar, de 39°; al siguiente día subió á 40°.—Pulso frecuente.—Lengua seca y tostada.—Icteria profunda.—Orinas abundantes, albuminúricas y daban la reacción de Gmelin.—Materias fecales poco coloreadas.—Se trataba, pues, de una ictericia tal; y al ver el abatimiento de que era presa el enfermo, la torpeza de sus

respuestas, la hipertermia, etc., sospechamos una icteria tifosa. El examen del hígado dió datos importantes. El hipocondrio derecho estaba abultado.— Hígado tumefacto y sensible á la presión.—Los otros órganos en perfecto estado.— Practicóse una punción exploratriz sin resultado. Interrogado el enfermo refiere lo siguiente: 12 días antes de su ingreso al Servicio tuvo un violento escalofrío seguido de un fuerte acceso febril; ha tenido sudores profusos, somnolencia marcada, fuerte dolor en el hígado que aún persiste. Con estos datos se pueden hacer muchas suposiciones: los grandes accesos de fiebre, la hepatalgia, la tumefacción del órgano, etc., todo esto hace pensar en un absceso; pero ¿cuál es su causa? Alejadas las sospechas de parte del origen quístico, disentérico, angiocolítico, etc., pensamos en la apendicitis aguda. Interrogado en este sentido el paciente, dijo: que diez días antes de que le principiasen los accesos febriles tuvo dolores abdominales que le impidieron dedicarse á sus trabajos; dolor que alcanzaba su máximun en la fosa iliaca derecha y *mostró con el dedo* la región que corresponde exactamente al punto de Mc Burney (región apendículo-cecal) es decir, el medio de una línea trazada desde el ombligo hasta la espina iliaca antero-superior derecha. Esta faz de dolores apendiculares duró pocos días; tuvo constipación, la regla en estos casos: he allí toda la historia de una apendicitis cuyos efectos á distancia se han localizado en el hígado. Diagnosticóse la supuración areolar de la glándula, haciéndose también un pronóstico fatal, puesto que en la infección hepática de origen apendi-

cular la Medicina y la Cirugía se declaran impotentes. Efectivamente, el enfermo murió pocos días después comprobando la autopsia todo lo que el diagnóstico había sentado."

La patogenia de la infección hepática es la siguiente: bajo la influencia de la virulencia y de la fuerza de expansión que adquieren los microbios encerrados en el apéndice infectado y transformado en cavidad obliterada, en particular el colibacilo, penetran en las venas apendiculares, de allí pasan á las meseraicas, después á la porta (porta malorum de los antiguos, nombre muy expresivo por que ella lleva al hígado muchos productos nocivos) y por último á la glándula misma. Este proceso infeccioso puede originarse en todas las variedades de apendicitis, lo cual demuestra que el foco infectante es intra-apendicular. A esta complicación es á la que el profesor Dieulafoy reserva el significativo nombre de *hígado apendicular*. Las conclusiones que él desprende, son: 1ª Toda apendicitis, aún benigna en apariencia, puede ser la causa de una infección hepática, traducida por la formación rápida de abscesos múltiples que se presentan diseminados en el parenquima glandular. La denominación de *hígado apendicular* distingue claramente esta variedad de supuración hepática de todas las otras. 2ª Hay una desproporción que abisma entre la diminuta cavidad obliterada en donde se elabora la toxi-infección y el volumen colosal del hígado (3 kilógramos). 3ª Las complicaciones hepáticas de origen apendicular aparecen bruscamente; por regla general es en el período de declinación, aún en plena convalescencia del ataque, cuando

se declara un fuerte acceso febril, principio de otros muchos. 4ª La infección apendicular del hígado y la ictericia, que es uno de sus síntomas constantes, no debe confundirse con la *ictericia tóxica*, determinada por las toxinas elaboradas en la cavidad cerrada del apéndice. 5ª La infección hepática apendicular es siempre mortal. El único tratamiento es, pues, profiláctico, consistiendo en practicar la operación de la apendicitis en los primeros días, sin dejar que esta terrible complicación hepática tenga tiempo de producirse.

Impresionado por la mortalidad excesiva que esta complicación produce y, arrastrado por la pasión científica, Dieulafoy ha llegado á exclamar: "No se debe morir jamás de apendicitis." Entre nosotros no se ha podido poner en evidencia la influencia patogénica que esta enfermedad tiene en los abscesos del hígado, pues como se verá en la adjunta estadística, la primera vez que se encuentra señalada aquella afección es en 1895, año en que se presentaron dos casos en el Primer Servicio de Medicina y en 1897 otro en el Segundo Servicio de Cirujía.

La tuberculosis intestinal es, según algunos autores, perfectamente capaz de dar origen á hepatitis.

Las ulceraciones gástricas, las de las de la vesícula biliar, las operaciones sépticas practicadas en las hemorroides, la rectitis consecutiva á la pederastía pasiva; las afecciones cancerosas del intestino grueso; las heridas de la vena umbilical en los recien nacidos, etc., son causas que determinan la infección hepática.

En resumen las vías por las cuales llega el

agente virulento, son: los linfáticos, la arteria hepática, las venas supra-hepáticas, la vena porta ó las vías biliares.

Las causas anteriormente expuestas pueden considerarse como determinantes, pero hay un conjunto que, influyendo de una manera clara en la producción de la hepatitis, no tienen la importancia de las ya enumeradas, por lo cual les llamaremos secundarias ú ocasionales.

El traumatismo juega cierto papel: hay algunas observaciones (las de Goodwin) en que una contusión sobre el hipocondrio derecho fué el punto de partida de un absceso. Tratamos aquí de los traumatismos *in situ*, pues por demás es sabido que una herida séptica de la cabeza, por ejemplo, dando lugar á accidentes de infección purulenta, puede producirlos, siendo en ese caso la localización de la piohemia. Conviene también agregar esos *traumatismos* bien llamados *internos* que determinan los cálculos intrahepáticos. Se han publicado casos en que se ha encontrado en el contenido de un absceso ya ascárides, ya alfileres, etc.

La temperatura es un factor muy importante. La hepatitis es una afección de los países cálidos; toda la zona intertropical forma su patria. La distribución geográfica así lo demuestra. La disentería, el paludismo y los abscesos del hígado, corren parejas.

Los países cuya temperatura media oscila entre 26 y 30° son los predilectos. La temperatura como elemento etiológico es de trascendencia, y cuando pasamos en revista la historia de la afección, vimos el mecanismo por el cual obra la temperatura elevada. Esto lo vemos práctica-

mente. En la ciudad de Guatemala, cuya temperatura media, anual, mensual y diaria es de 18° 15, 17° 79 y 17° 59 (1) respectivamente, los abscesos son raros; en tanto que de Escuintla, San José, etc., llegan con alguna frecuencia.

La humedad de la atmósfera, más que el calor seco, contribuye eficazmente. Aquí en la ciudad la atmósfera es poco húmeda; pero la Alta Verapaz, por ejemplo, en donde llueve la mayor parte del año, tiene lugares como Panzós, que son fértiles en hepatitis.

La altura sobre el nivel del mar: á cierto nivel la hepatitis es rara, excepcional á veces. Pasa con élla como con la disentería; los lugares que llegan ó pasan de 1,000 metros son inmunes. Guatemala, á 1,480 metros, raras veces presenta casos que se hayan desarrollodo exclusivamente en élla, en tanto que las poblaciones del litoral son la cuna de muchos.

Las variaciones de la temperatura tienen también gran significación etiológica. Recordemos que Annesley ya había insistido sobre el peligro de los cambios bruscos de temperatura.

La edad juega gran papel respecto á la aptitud individual para contraer la hepatitis. Desconocida esta afección en la niñez, comienza á presentarse en la pubertad llegando á su acmé en los individuos de 25 á 35 años en quienes más víctimas produce, sin conferir excepciones para las edades más avanzadas, pues los viejos también presentan con frecuencia inflamaciones del hígado.

Sexo.—Más frecuente en el hombre que en la mujer, debido probablemente á que ésta se expone

(1) Manuel Saravia. Tesis de Guatemala, 1894.

menos á las fatigas y comete menos excesos. La proporción que dan los autores es de 30: 1 :: H : M. En nuestros observados sólo contamos una mujer.

La raza.—Es más importante que el sexo desde el punto de vista etiológico. Sabido es que los blancos pagan con creces su blancura en los países cálidos. Los indígenas y los negros gozan de cierta inmunidad. En nuestros observados sólo hay un negro norte-americano y ninguno de raza indígena.

Las condiciones higiénicas.—Cuando no son buenas favorecen el desarrollo de la hepatitis. Así, los abusos de la mesa, los alimentos epíceos, etc., sobrecargan el estómago produciendo fuertes alteraciones digestivas.

El alcoholismo contribuye á producirlos. La mayor parte de nuestros observados, dijimos presentan antecedentes etílicos. Pero ¿por qué mecanismo obra? Probablemente por los desórdenes gastro-intestinales que produce. Se ha dicho que el alcohol es á los abscesos del hígado en los países cálidos lo que el mismo agente es á la degeneración grasosa y la cirrosis en los fríos.

Las enfermedades anteriores del tubo digestivo preparan el terreno á la hepatitis.

En resumen: todas las causas que cambiando bruscamente el curso de las secreciones normales determinan congestiones viscerales, son capaces de engendrarla.

Ya que hemos estudiado las causas que dan origen á los abscesos hepáticos, veamos cual es el sitio íntimo de la supuración.

Muchas opiniones se han emitido respecto á si la inflamación del hígado principia por el teji-

do propio de la glándula ó bien por la trama conjuntiva que llena los espacios de Kiernan. La Anatomía Patológica nos enseña que es el tejido conectivo el que sufre todas las modificaciones, y que no es sino secundariamente que los elementos glandulares se alteran. La experimentación parece confirmar los datos suministrados por esa ciencia. Si en un animal provocamos artificialmente por un medio cualquiera la supuración del hígado, se ve que es en los espacios interlobulillares en donde se acumulan los leucocitos. La célula hepática juega un papel pasivo.

Reasumiendo, diremos: que la disentería y el paludismo son las dos principales causas de la hepatitis. En consecuencia, terminaremos la etiología y patogenia, recordando que hay dos formas en los abscesos del hígado: los unos son piohémicos, producidos por el transporte de un agente séptico proveniente de una ulceración al hígado, por la vena porta. Los otros, consecutivos á una inflamación que ha principiado por congestión del órgano, bajo la influencia del hematozoario. Los primeros son múltiples, diseminados, y raras veces dan éxito con el tratamiento quirúrgico por el método de Little, justificando hasta cierto punto esa aserción de Beranger. Feraud, quien decía que no debían operarse. Los segundos, al contrario, localizados, no son más que el preludio de una diarrea que se confunde con la disentería, la cual no deja huellas de su paso en el intestino, obedece á la presencia del pus en el hígado, se ve desaparecer cuando se practica la operación de Little y reaparece cuando el foco se cierra prematuramente. Esta dia-

rrea especial, no cesa sino con su causa; élla, en un palúdico, cuando concomita con signos de hepatitis, nos indica el nacimiento de un absceso. Desde ese día la fiebre palúdica pierde su tipo regular. A los accesos francos suceden unos subintrantes, con escalofríos incesantes, sudores profusos; la fiebre se hace remitente con exacerbación vesperal, no cede á la quina y conduce vertiginosamente á ese grado de caquexia que Rouis llamaba *tisis hepática.*

Como los focos disentéricos y maláricos se hallan reunidos frecuentemente, Kelsch y Kiener han llegado á decir: "La hepatitis palúdica tiene grandes analogías con la disentérica."

Réstanos para terminar ver cuál es la conclusión de estas colecciones purulentas y cual es su modo de curación expontánea. Cuando el absceso ha desorganizado una gran extensión del tejido hepático tiene forzosamente que abrirse paso hacia uno de los órganos vecinos, operándose entonces un trabajo de reparación análogo al que se observa en las heridas anfractuosas, las cuales se cicatrizan paulatinamente por la producción del tejido embrionario

Una cuestión más discutible es la reabsorción de un absceso que no comunica con el exterior. Parece demostrado que ciertos focos circunscritos pueden transformarse en una masa concreta, semejante al mastic, permaneciendo así durante mucho tiempo sin ocasionar desorden alguno en los órganos. Rouis, que ha estudiado con detención el asunto que nos ocupa, cree que en los casos de cicatrización sin evacuación aparente, el pus sale siempre, pero por las vías biliares. De

esta misma opinión son Hardy y Behier para quienes esos nódulos así formados no llegan nunca á la supuración. Quizá este sea el curso que en su curación sigue un absceso que, aunque puncionado, no se abre anchamente por razones independientes al deseo del Cirujano.

Frecuencia.—Apesar de que la disentería, el paludismo, el alcoholismo, etc., ocupan una alta cifra en la pequeña estadística que adjuntamos, pocos son los casos de abscesos del hígado que se han presentado desde el año de 1885 hasta hoy. Estudiando ese trabajo, observamos: que en los años de 1885, 1890 y 1897 es cuando más se han presentado, pues en el primero hubo uno; en el segundo, cuatro; y en el último, nueve; vemos que estas cifras ascendentes significan que la enfermedad es ya más buscada; que su aumento coincide con los años de luchas en el país; cuando multitud de hombres sometidos á las privaciones y expuestos á la intemperie que siempre el soldado tiene como patrimonio, se encuentran por esas razones en inminencia mórbida, aptos para contraer la hepatitis. Vemos también que en esos años alcanzan, si no el máximum, al menos una fuerte cifra, tanto el paludismo como la disentería y el alcoholismo.

El movimiento clínico del año de 98 no lo pudimos obtener por estar en la imprenta todavía el material; pero en esa época recogimos el mayor número de observaciones, lo mismo que en los meses de enero y febrero del corriente año.

Como dijimos cuando tratamos de la apendicitis considerada como causa de abscesos hepáticos, esa relaeión no la hemos visto comprobada,

atendiendo á que la enfermedad primitiva poco ó nada se registra en el movimiento clínico del Hospital General. En realidad, es hasta el año de 95 que se observaron dos casos y luego en 97 otro; en el de 98 y meses de 99 se registran tres casos más.

En cambio se ve que la hepatitis es frecuente: en todos los años encontramos cifras relativamente altas, particularmente en 91, 94 y 96.

De una manera general se puede decir que los meses más calurosos y húmedos son los que dan una proporción más elevada de abscesos hepáticos; en tanto que aquellos fríos y secos son los menos ricos en hepatitis.

En la práctica civil nuestros ilustrados maestros han tenido oportunidad de ver algunos casos, y debido á la amabilidad de nuestros Jefes Dr. J. J. Ortega y Dr. J. I. Toledo es que presentamos varias observaciones.

ENFERMEDADES	1885		1886		1887		1888		1889		1890		1891		1892		1893		1894		1895		1896		1897	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Abscesos del hígado....	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	1	0	1	1	1	0	2	0	1	1	3	0	8	1
Disentería	72	32	78	44	54	55	97	98	91	57	81	41	43	26	69	49	76	37	70	35	92	43	160	72	126	66
Paludismo	659	277	422	305	539	326	539	36	791	423	428	230	281	120	594	239	766	357	837	414	10'3	351	1116	225	944	383
Alcoholismo	77	3	71	2	97	13	97	11	77	14	73	7	92	26	92	25	130	33	178	38	96	16	110	12	85	36
Fiebre tifoidea..........	16	15	12	13	8	14	7	12	27	21	9	8	13	7	8	20	21	11	13	8	49	27	52	29	37	24
Apendicitis...............	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0
Hepatitis..................	3	4	9	2	5	0	14	0	2	0	2	3	12	6	6	1	4	5	11	5	0	1	13	5	2	1

Sintomatología.— Los abscesos del hígado, antes mirados como simples curiosidades anatómicas, aún en nuestros días permanecen ocultos hasta que el escalpelo los delata en la mesa de autopsias, ó hasta que ellos expontaneamente se vierten en un órgano vecino. Hay más aún; según la pintoresca expresión de Gilbert, la supuración puede "dormir" largos años, sustrayéndose á la sagaz investigación del Clínico, hasta que una causa ocasional cualquiera los hace despertar. La rareza con que se presentan es debida á que sus síntomas, no siempre muy claros, hacen el diagnóstico sumamente difícil. "El silencio del órgano hepático es tal, que no se diagnostica la supuración sino buscándola; esta enfermedad es tanto más peligrosa, cuanto que puede pasar desapercibida."

Existiendo muchas variedades, cada una de ellas dependientes de una afección distinta, el cuadro sintomático que presenten depende en gran parte de la enfermedad generadora.

Por tanto; los abscesos de la angiocolitis, los quistes hidáticos supurados, los abscesos tuberculosos, etc., difieren mucho de los producidos por la hepatitis francamente inflamatoria. Aquí sólo trataremos de los grandes abscesos, es decir, de aquellos que Murchison llamaba tropicales.

Gran divergencia se nota entre los autores que de la cuestión se han ocupado, en la manera de describir los síntomas; pero nosotros seguiremos á Kelsch y á Kiener, estudiando primero la hepatitis aguda terminada por resolución, y después aquella en que la supuración sobreviene, subdividiéndola en aguda, subaguda y crónica, según

la marcha que la afección siga en su desarrollo.

La primera se anuncia por los síntomas siguientes: un dolor más ó menos intenso localizado á la región jecoral ó al epigastrio y un movimiento febril de mediana intensidad abren la escena. Estos dos primeros síntomas aumentan poco á poco; la piel se pone de color terroso, muy caliente; y pulso regular, lleno y frecuente; la respiración dificultosa; la anorexia completa; la lengua muy saburral y pastosa; hay constipación; las orinas disminuidas son muy sedimentosas; durante los movimientos respiratorios, el hipocondrio derecho permanece inmóvil; está ligeramente saliente y doloroso, tanto á la presión como á la percusión; la hipertrofia del órgano es notable; en la base del pulmón derecho suelen escucharse ligeros estertores congestivos; el murmullo vesicular y las vibraciones torácicas, disminuidos. En algunas ocasiones estos síntomas son persistentes; el punto de costado se irradia á la escápula derecha; la matitez hepática se extiende desde el mamelón hasta las falsas costillas; se presenta un ligero tinte sub-ictérico, insomnio y postración marcados. Puede haber recrudescencias sin periodicidad, lo mismo que disminución casi completa de los síntomas ya alarmantes. Después de tres ó cuatro días la fiebre y el dolor disminuyen, el hígado tiende á tomar su volumen primitivo y el enfermo puede declararse en convalescencia. Anatómicamente considerado el hígado no sufrió sino una fuerte congestión; pero hay casos en que por insignificantes que estos síntomas parezcan, se encuentran pequeños focos de induración, vestigios de

abscesos reabsorvidos, como lo demuestran las autopsias hechas en individuos, que padeciendo de una hepatitis ligera, han muerto de otra afección.

Algunos autores quieren establecer diagnóstico diferencial entre la hepatitis palúdica y disentérica, cuestión á veces harto difícil cuando la alteración hepática precede á localización intestinal. La hipermegalía esplénica; la fiebre de carácter remitente, los antecedentes, etc., podrían contribuir á disipar las dudas. La quinina, piedra de toque en todo aquello que es malárico, no da resultado, por cuanto que la congestión hepática á la cual la fiebre obedece, es determinada por el hematozoario que obra como agente irritante y no como sustancia piretógena. Apesar del interés científico que este asunto tiene, creemos que considerado el paludismo como factor capaz de engendrar la hepatitis, ningún objeto tiene el averiguar la parte que á cada una de estas enfermedades corresponda. De nuestros observados dos presentaron una hepatitis terminada por resolución; debiendo advertir que se les hicieron varias punciones exploratrices, reservándonos para cuando lleguemos al diagnóstico el decir algo acerca de la influencia que en la curación puedan tener.

Hepatitis supurada aguda.—Su invasión viene anunciada por fiebre con escalofríos repetidos, náuseas, ligeros vómitos biliares, dolor más ó menos fuerte en el hipocondrio derecho, algunas veces en el epigastrio. Este dolor precede ó sigue á la fiebre; unas veces aparece bruscamente ó va aumentando poco á poco hasta alcanzar su

más alto grado, en cuyo caso la menor presión y aún el mismo acto respiratorio lo acrecentan. Otras veces se reduce á una sensación vaga de peso, de *estorbo* en el flanco derecho. Puede propagarse á la escapula derecha, á los músculos del cuello, á la clavícula, brazo, codo ó antebrazo del mismo lado. El paciente, en el decúbito dorsal ó lateral izquierdo, nunca en el derecho, con la cabeza baja para lo cual pide que no le pongan muchas almohadas, tiene la piel terrosa y quemante, las conjuntivas amarillentas, el semblante expresa ansiedad y sufrimiento; la respiración anhelosa y entrecortada por accesos de tos seca (tos hepática); el pulso lleno, amplio y regular. La fiebre redobla su intensidad haciéndose contínua con exacerbaciones vesperales; el hígado hipertrofiado en todos sentidos; los desórdenes gastro-intestinales marcados, la lengua saburral, la sed ardiente, las orinas disminuidas, de color rojo obscuro y muy turbias; hay edema, particularmente en la zona en que la colección purulenta se establece; los espacios intercostales están borrados.

Lo que más llama la atención es la actitud particular que los enfermos toman en el lecho: la cabeza baja, como dijimos, pero echada sobre el pecho; el tronco inclinado á la derecha; el muslo flexionado ligeramente sobre la pelvis; los músculos intercostales no se contraen, determinando una inmovilidad casi sompleta de ese lado del tórax; pudiera decirse, escriben Kelsch y Kiener "que todo el cuerpo se ha apelotonado al nivel del hipocondrio derecho." Esto obedece á la defensa que el órgano enfermo y doloroso opone á los agentes capaces de exasperar la sensibilidad en

su región. Este acto, manifestado por la posición particular que el cuerpo toma, es lo que podríamos llamar el signo de la *actitud de defensa.* En nuestras observados raras veces ha hecho falta.

Los síntomas anteriormente descritos pueden atenuarse durante dos ó tres días; pero bien pronto recuperan con creces su intensidad primitiva. La fiebre, por ejemplo, se hace completamente irregular, hay sudores profusos, la somnolencia es marcada y la postración de las fuerzas completa. Si no interviene á tiempo ya la naturaleza, ya el Cirujano dando salida al pus, los síntomas alarmantes se acentúan, el delirio es intenso, la lengua se llena de fuliginosidades, la ataxo-adinamia, profunda y el enfermo muere en pocos momentos.

En los casos de hepatitis sub-aguda se ve sobrevenir al fin del primer septenario una lijera mejoría en el estado general y local; pero el examen del hígado permite comprobar la persistencia de determinadas lesiones que discrepan con la mejoría señalada en el estado general.

La hepatitis crónica, cuya duración es muy larga, puede pasar por una faz aguda, sub aguda ó bien ser crónica desde un principio. Poco á poco el enfermo pierde el apetito, el intestino funciona mal, el hipocondrio se pone cada vez más sensible á la menor presión y el hígado aumenta de volumen. El enfermo se debilita, se caquectiza, llegando á la tisis hepática, expresión tanto más justa cuanto que es en este período en donde la tos, consecutiva á la perihepatis que casi siempre concomita con el absceso, es más frecuente. En este estado el enfermo puede terminar por morirse á consecuencia de los progresos de la ca-

quexia, sea por una enfermedad intercurrente, ó bien se cura cuando el pus es evacuado expontaneamente.

Haremos, á ejemplo de Kelsch y Kiener, el análisis de los principales síntomas y signos de esta enfermedad, observando que las manifestaciones locales dominan la sintomatología de los abscesos hepáticos.

Hepatalgia.—Abre casi siempre la escena. Aunque puede faltar, debe considerarse como uno de los síntomas más fieles. Casi siempre es circunscrita, sorda, teniendo entonces más valor clínico que cuando es difusa y lacinante. La presión por ligera que sea, la aumenta y demuestra que se trata de una lesión localizada, pues el dolor no es realmente fuerte sino en el punto preciso en que el absceso se forma. Según Mc. Lean suministra datos precisos para determinar el sitio de la glándula en que se desarrolla: si está en la cara cóncava la colección de pus, el dolor se halla debajo de las falsas costillas; si en la cara convexa, en los espacios intercostales; si en el borde posterior del órgano, en la región lumbar; y por último, si en el lóbulo de Spigelio, el punto doloroso se encuentra abajo y á la izquierda del reborde costal. La intensidad también da mucha luz: si el dolor es muy fuerte, lacinante, la colección es superficial; si por el contrario es sordo, pungitivo, sin localización clara, probablemente, aquella es profunda. Además, si de sordo y sub-agudo, ese dolor se hace agudo, intolerable, etc., se puede afirmar que el pus ha llegado á la superficie del hígado, lo cual hace variar el pronóstico. La causa de este dolor

es la compresión de los elementos nerviosos por los tejidos inflamados, y no podría admitirse que fuera puramente neurálgico, como en el cólico hepático, porque sufre las alternativas del estado congestivo de la viscera.

DOLOR SIMPÁTICO DEL HOMBRO: *escapulalgia.* Se observa principalmente en los abscesos situados en el lóbulo derecho y en la cara convexa. Es un síntoma de primer orden; sin ser patognomónico, constituye un signo de diagnóstico precioso, especialmente al principio de la afección. Este dolor simpático que se localiza en el deltoides, en las inserciones del trapercio y del esternocleido-mastoideo, otras en el brazo, el codo, el antebrazo ó el puño, se muestra en el tercio ó cuarto de los casos. Dutroulau le asigna una significación análoga al dolor de la rodilla en la coxalgia. El dolor escapular no es la única manifestación simpática que determina la supuración del hígado: hay irradiaciones también hacia el dorso y hacia el sacro. Este autor también ya le ha observado con mucha frecuencia al nivel de la espina iliaca antero-superior derecha. La escapulalgia resulta de la irritación del nervio frénico derecho trasmitida por vía refleja á la IV rama cervical que inerva el hombro. El mecanismo por el cual aquel nervio participa de la flegmasía, sería el siguiente: Luschka ha demostrado que el frénico derecho, nervio mixto, nace exclusivamente del cuarto par cervical, envía algunos ramales al hígado y á su envoltura, siendo la acción directa del tejido hepático inflamado y de su cápsula tensa, que haría propagarse el dolor por las ramas del cuarto par, y en conse-

cuencia en el hombro, que es á donde estas llegan. El frénico izquierdo, por el contrario, como tiene relaciones indirectas y vagas con el hígado no determina escapulalgia izquierda. Antes se creía que la irritación se propagaba á través del diafragma; pero existiendo abscesos centrales, sin relación inmediata con él, en los cuales el dolor escapular persiste, se comprende que esta explicación no fuese admitida. Su existencia afirma el diagnóstico; mas su ausencia no lo niega.

Aumento de volumen del órgano.—Entre los signos físicos éste es también uno de los más importantes; casi nunca falta, notándose que los diámetros verticales son siempre los predilectos. Excepcionalmente puede haber atrofia, lo cual sucede en las hepatitis crónicas y latentes que tienen tiempo de destruir gran parte de la masa glandular.

Edema.—Es este otro signo de gran valor. Puede estar extendido en toda la región jecoral; pero siempre hay un punto en donde es más acentuado; esto es casi siempre al nivel de uno de los espacios intercostales. Su investigación provoca atroces dolores. Es bueno comparar el resultado obtenido con el de la región similar. Hay una causa frecuente que quita á este signo la gran importancia que tiene. Entre nosotros el vejigatorio, no obstante sus plurales inconvenientes, se usa con suma frecuencia en las afecciones del hígado, eligiendo constantemente el punto más doloroso (es decir, el que debería respetarse) para aplicarlo. Hemos podido observar que después de curado, el caústico modifica los tejidos de tal modo que se puede percibir edema

siempre que se deprimen con el pulpejo los tegumentos, aún cuando no haya el menor indicio de supuración: en consecuencia esta es una fuerte causa de error.

Ascitis.—En algunos casos, raros en verdad, los autores han señalado la presencia de una pequeña cantidad de líquido en el peritoneo, formado á consecuencia de la pileflebitis que suele acompañar á la hepatitis.

Borramiento de los espacios intercostales del lado deredho.—A la inspección se nota que el surco de los espacios intercostales se ha borrado; en lugar de la parrilla costal se encuentra una superficie lisa, uniforme é inmóvil, observándose que la deformación torácica es tanto más acentuada cuanto que los fenómenos inflamatorios son más intensos.

Red venosa subcutánea.—A consecuencia de la compresión ejercida por la flegmasía se desarrolla una lijera circulación suplementaria, que se hace ostensible al distender los tejidos.

Actitud de defensa.—Los pacientes toman una posición tal que relajan todos los músculos susceptibles de comprimir el hígado: de allí esa actitud especial que ya hemos descrito.

Ictericia.—Es uno de los síntomas menos constantes de la hepatitis; cuando se presenta, nunca adquiere mayor intensidad, siendo entonces una *palidez ictérica* que debe distinguirse con cuidado de la cloro-anemia caquéctica. Se produce siempre por reabsorción: unas veces por que el voluminoso absceso comprime las vías biliares; otras por que el estado congestivo de la glándula

y la poca amplitud de los movimientos respiratorios entorpecen la circulación biliar favoreciendo el éstasis. Esta ictericia es unas veces bilifeica y otras hemafeica. En tesis general, puede decirse que este síntoma se presenta cuando las lesiones son difusas ó que la supuración es de marcha rápida.

Trastornos digestivos.— Sólo agregaremos á lo que ya hemos dicho, que los vómitos pueden adquirir gran intensidad; frecuentes siempre que hay perihepatitis, se vuelven incoercibles si el absceso está en el lóbulo de Spigelio. Budd cita el caso de un marino atacado de vómitos, en quien diagnosticó una gastritis crónica; murió el enfermo y á la autopsia se encontró el estómago normal y un vasto absceso en el lóbulo de Spigelio.

Desórdenes respiratorios.—*La dispnea hepática*, si así pudiéramos llamarla, es debida á dos causas: al dolor y al aumento de volumen del órgano que repele mecánicamente el diafragma. La dispnea puede ser tan fuerte que produzca accesos de sofocación. La tos, á veces puramente refleja, es en otras la traducción del estado congestivo del pulmón; ó bien, en fin, cuando sobreviene lo que se llama tisis hepática es debida á la perihepatitis consecutiva.

Fiebre.—Quizás los síntomas más importantes son la fiebre y la tumefacción hepática; pero el primero es superior, por cuanto á que este último tiene á veces que buscarse con cuidado. *Siempre que se forma un absceso en el hígado, la temperatura, sin ceder á la quinina, toma una forma especial caracterizada por exacerbaciones vesperales en que el termómetro marca por lo menos 1° más en*

la tarde que en la mañana.(*) *Además, siempre que en el curso ó al fin de una enfermedad infecciosa del intestino (disentería, dotinentería, etc.,) la temperatura presenta esta forma durante varios días, hay fuertes probabilidades de que estemos en presencia de una hepatitis supurada y debemos con cuidado examinar el hígado.* En realidad ¿á qué causa atribuir esa fiebre remitente con exacerbaciones vesperales? Al paludismo, no; porque si es reciente, la exacerbación es matinal y la defervescencia se verifica precisamente á la hora en que la hipertermia está al máximun en la hepatitis; es decir, á las cuatro ó seis de la tarde; si es inveterado, sus accesos tienen lugar á horas más avanzadas y es raro que sean cuotidianos. La marcha de la temperatura tiene, pues, una importancia capital. Tan pronto como encontremos esa forma térmica en las circunstancias ya enumeradas, tenemos obligación de interrogar atentamente al hígado, y si á esto se unen otros síntomas, casi con seguridad veremos manchada de pus la punta de nuestra aguja exploratriz.

Respecto á la patogenia de la fiebre, en un principio es debida al proceso flegmásico; después á la introducción de ciertas sustancias piretógenas y por último á la reabsorción de los productos sépticos contenidos en la membrana piogénica.

Alteraciones de la nutrición.—Muchos elementos se adunan para producir el enflaqueci-

(*) Avila Echeverría dice en su Tesis: "Los abscesos del hígado, comunes en los países tropicales, pueden revelarse por síntomas localizados en el órgano; pero cuando ocupan un lugar profundo, no accesible á la exploración ó son miliares, esos síntomas no pueden apreciarse; y haciendo abstracción del examen de la sangre, *sólo la quinina*, verdadera piedra de toque, nos hará formular el diagnóstico."

miento progresivo, el tinte cloro-anémico, la emaciación del organismo, en una palabra el desequilibrio más completo en el bilano nutritivo: en ese grupo entran la fiebre, las alteraciones respiratorias, el mal funcionamiento del aparato gastro-intestinal y las profundas alteraciones del quimismo hepático que conducen á lo que Guilbert llama la *insuficiencia hepática*.

SECRECIONES.—Estas reflejan fielmente los desórdenes nutritivos. Las orinas están modificadas. Además de los elementos biliares y de los caracteres físicos que ya les asignamos, las hemos encontrado disminuidas, débilmente albuminosas y muy ricas en indicán; la urea en unos casos disminuida (véase Ob. I), en otros aumentada (v. Obs VIII). Esto concuerda con lo que los autores admiten; es decir, aumento de urea durante la hiperhemia y disminución cuando la purulencia está formalmente establecida.

FLUCTUACIÓN.—Esta sólo se observa cuando el absceso es muy superficial.

CIRTOMETRÍA—Si se mide el hemitórax derecho, se encuentra uno, dos y hasta tres centímetros más grande que el izquierdo.

LEUCOCITOSIS.—Langlet ha hecho el examen microscópico de la sangre en un caso de absceso del hígado y encontró un aumento considerable en la proporción de los glóbulos blancos. Este fenómeno, observado en todas las supuraciones viscerales, puede dar mucha luz cuando los otros fenómenos de la supuración hepática sean obscuros.

SIGNOS DE HASSLER Y BOISSON.—Estos autores han señalado dos signos por medio de los

cuales es posible afirmar el diagnóstico. El primero es un ruido de frote que se percibe á la auscultación cuando se hace inspirar fuerte al enfermo. Esta crepitación ó frote se percibe sobre todo en el punto en que la colección purulenta tiende á abrirse paso. El segundo, signo físico también, patognomónico según dichos autores, es la existencia á la percusión profunda y á la palpación bimanual, en el punto en que la ampliación del hipocondrio es más acusada, de una sensación especial de *baloteo* profundo, de renitencia, de elasticidad, difícil de definir y comparable á la que se experimenta cuando se palpa percutiendo una vejiga de caucho llena de líquido. El primero de estos signos ha sido estudiado por Bertrand, quien lo atribuye á la perihepatitis; en tanto que Hassler y Boisson creen que es debido al edema del hígado, pues lo han observado en casos en que esa complicación no existía.

Signo de Duchateau.—Este signo consiste en un ruido especial, ó mejor aún en una sensación de frote que se percibe aplicando dos dedos á lo largo de uno de los espacios intercostales y haciendo toser al enfermo. Como dice el Profesor belga, la mano siente y el oído escucha: la primera, la oleada; el segundo, el ruido. Este signo adquiere mayor importancia en los abscesos abiertos en los bronquios.

Signo de Pfuhl, modificado por Jaffe, (nada práctico).—Como un recuerdo citamos este signo. Está basado en la punción. Cuando ésta se hace, dice Pfuhl, si el aparato funcionador está provisto de un manómetro, se ve que la presión aumenta durante la inspiración y baja en la espiración si

el pus está debajo del diafragma, sucediendo lo inverso si es supradiafragmático. Jaffé, considerando lo impracticable de este medio de investigación, dice:si la salida del pus es más rápida durante la inspiración, es que el pus se halla debajo del diafragma. Este signo puede faltar cuando el músculo está paralizado, lo cual ocurre frecuentemente. Tiene alguna utilidad porque establece bien la diferencia entre el absceso del hígado y el empiema pleural.

Marcha, Duración, Terminaciones.—Innecesario es insistir sobre la marcha que sigue la hepatitis; al describir la sintomatologia hemos visto que varía, según la forma aguda, subaguda ó crónica de la afección. Hemos visto también que su duración es de dos septenarios en el primer caso, seis ú ocho en el segundo y, en la última puede prolongarse durante largos meses y aun años.

Respecto á las terminaciones que puede tener, son muchas. El caso más feliz, raro por desgracia, es que el absceso se enquiste y reabsorva. Cuando la terminrción es fatal, la muerte puede venir por una recrudescencia en los síntomas, ó por agotamiento. En el primer caso la fiebre redobla sus efectos; los escalofríos se repiten; el pulso irregular y pequeño; la piel se cubre de un sudor vizcoso; hay delirio, insomnio, etc., y por último, la muerte sobreviene en un estado tifóidico marcado. En el segundo, la enfermedad sigue su curso con desesperante lentitud; la nutrición sufre profundas alteraciones; las fuerzas se debilitan; los miembros se infiltran; las serosas se hidropican y el enfermo sucumbe en el

marasmo que le ocasionan la fiebre héctica, la supuración abundante y la diarrea.

Más generalmente el absceso del hígado, como el de otras regiones, concluye por evacuarse, ya sea expontáneamente, ya por el bisturí del Cirujano.

Dos son las vías principales que las supuraciones hepáticas siguen al evacuarse por sí solas: ó se dirigen hacia abajo á la cavidad abdominal, ó bien arriba á la cavidad torácica. La primera ruta es seguida casi siempre por aquellos que están situados en la cara inferior.

Abertura en el peritoneo: las adherencias que los abscesos superficiales contraen con las partes vecinas muchas veces son impotentes para impedir que se viertan en esta serosa. Las consecuencias de este fatal accidente difieren según las condiciones en que se ha derramado el pus en la cavidad abdominal; si ha sido bruscamente, sobrevienen con rapidez los síntomas de una peritonitis sobreaguda que acarrea la muerte en un tiempo variable, pero siempre corto; si es con lentitud y en pequeña cantidad, no determina accidentes tan graves, siendo una peritonitis local la consecuencia. Si el pus es estéril, es decir, sin virulencia microbiana, el peritoneo lo soporta de una manera extraordinaria.

Derrame del pus en las vísceras abdominales.— Una vez que el absceso ha contraído adherencias con un órgano hueco del abdomen, la pared se destruye y el pus hace irrupción hacia esa cavidad; frecuentemente es en el tubo digestivo, pudiendo hacerlo en cualquiera de sus partes, desde el estómago hasta el cólon, inclusive las

vías biliares. Si esto sucede, el enfermo experimenta un gran alivio y la eliminación del producto patológico por los vómitos ó las cámaras, indica el lugar en que esto se hizo.

La comunicación excepcional con el riñón derecho se revela por la piuria.

Cuando se hace en la cava inferior, la muerte súbita por sofocación es la consecuencia.

Los que se dirigen hacia arriba, á la cavidad torácica, que son comunmente los que están situados en la cara convexa, pueden abrirse en el pericardio, la pleura derecha ó los bronquios. El primero es un accidente raro; los signos que lo anuncian son muy oscuros, lo cual hace que esta terminación pase desapercibida. Sinembargo es notable la dispnea paroxística, la ansiedad precordial, la tendencia á las lipotimias, el dolor intenso en la región epigástrica, la palidez de la cara, la pequeñez y la intermitencia del pulso, etc.: la muerte viene por síncope.

Abertura en la pleura. — Como para la serosa peritoneal, la irrupción del pus á la cavidad pleural puede ser brusca ó lenta. En el primer caso el accidente se anuncia por un fuerte dolor de costado, con todos los síntomas de una pleuresía sobre-aguda, mortal, como en el caso citado por Thompson; en el segundo la pleura, gradualmente invadida, no reacciona sino gradualmente. Los signos que da la auscultación son los que sirven para establecer el diagnóstico: allí encontramos egofonía, pectoriloquia áfona y soplo. Frecuentemente el empiema pleural no es sino la primera etapa que conduce á la abertura del absceso en el parenquima pulmonar. La observación que

nos ha suministrado con gran placer el aventajado estudiante de 5º año Br. Antonio Macal, es un ejemplo muy instructivo acerca de este punto; en este caso el pus se evacuó en la pleura derecha, necrosando una costilla y haciendo relieve en los tegumentos como un absceso vulgar.

La salida á través del tegumento externo se hace ya directamente al nivel de la región pleural, ya por medio de un trayecto fistuloso, en puntos más ó menos lejanos, como el ombligo, la ingle ó la axila. Es importante conocer estas *migraciones espontáneas*, porque favorecen la confusión con las supuraciones de la pared torácica ó abdominal, tomándolas por abscesos congestivos ó por esos que tan frecuentemente se observan en los músculos rectos después de la disentería, señalados por Segond y Broca.

Expresamente hemos dejado por último el caso en que la colección purulenta se vierta en los bronquios. Es esta la terminación más frecuente y de allí su importancia. Rouis, en un total de 30 observaciones, indica las modalidades siguientes:

Abertura en los bronquios ----	15 veces
En la pleura ----------------	2 veces
En la pared abdominal -------	2 veces
En el estómago --------------	5 veces
En el duódeno ---------------	1 vez
En el colón -----------------	3 veces
En las vías biliares ---------	1 vez
En la vesícula biliar ---------	1 vez

Dutroulau, en 33 casos da los datos siguientes:

En el pulmón ---------------	18 veces
En la pleura ----------------	2 veces

En el estómago..............	1 vez
En el intestino grueso..........	1 vez
En el peritoneo..............	7 veces
En el tejido celular del abdómen	4 veces

En cinco de nuestros observados el pus ha hecho irrupción á los órganos vecinos; uno, al estómago; otro al colon; uno á la pleura y dos á los bronquios. De la estadística anterior deducimos que los abscesos tienen más tenndencia á abrirse en la cavidad torácica que en la abdominal, y que de ella son los bronquios los preferidos. En nuestros 16 casos, la evacuación espontánea sólo se ha hecho 5 veces: esto nos dice que tal manera de terminación no es muy frecuente, pues la muerte llega antes que el pus haya tenido tiempo de abrise un camino al exterior. Este dato es muy útil desde el punto de vista del tratamiento, porque la indicación urgente es dar salida siempre al pus. Vemos también que cuando hay una colección de este género en el organismo, la naturaleza se esfuerza en expulsarla, para lo cual se establecen fístulas, que comunicando con el foco, se abren al exterior, siendo la más común la hepato-brónquica. Esta frecuencia es debida á varias causas: la posición del absceso: sabido es que el lóbulo derecho y de él la cara convexa es el sitio habitual de estas colecciones; por consiguiente, hay más íntimo contacto con el diafragma que con los otros órganos, y si una intervención quirúrgica no viene á darle salida, se vertirá en el tórax. Para Guérin, también se debe á la aspiración que sobre las vísceras abdominales determina el movimiento expiratorio; en ese momento el hígado sería

llevado de abajo á arriba, sufriendo los líquidos en él contenidos una especie de succión que los dirije en el mismo sentido. Cadet de Gassicourt no admite esta explicación. Para él el movimiento expiratorio poca ó ninguna influencia tiene sobre los órganos abdominales; en tanto que la inspiración los repele violentamente por el intermedio del diafragma, siendo más lógico admitir que á consecuencia de las repetidas contracciones de este músculo, el absceso concluya por vaciarse en el colon ó en el duódeno.

Dolbeau ha establecido claramente la desigual resistencia que el pus encuentra cuando trata de dirigirse al tórax ó al abdomen. Estando el absceso en la cara superior del hígado, se halla en contacto con el diafragma y mediatamente con el pulmón, órganos blandos, elásticos y extensibles; y hacia abajo con la parte sana del tejido hepático y los medios sólidos de fijeza que él posee. También las condiciones de presión son diferentes: Dolbeau se expresa así: "En la cavidad abdominal todo está como formando una masa resistente; en el tórax hay grandes espacios virtuales." De allí resulta que, habiendo menor resistencia en la caja torácica, y sufriendo los abscesos una retropulsión por las vísceras abdominales, tengan mayor tendencia á evacuarse en los bronquios.

Siempre que una coleceión de pus hace migraciones, en su camino se forman numerosas adherencias que resguardan y protegen las cavidades que atraviesa. Este sabio procedimiento de la naturaleza es el que los antiguos Cirujanos empleaban como tratamiento. Cuando la irrup-

ción se hace en el tórax, un trabajo adhesivo análogo se establece. El pulmón sufre alteraciones graves, notables por la rapidez con que se producen. Dutroulau dice: "La purulencia del hígado se extiende al pulmón vertiginosamente; éste llega á la hepatización gris en dos momentos." Los lobulillos pulmonares se destruyen, quedando los bronquios como á flote en un magma de pus. Hay casos en que la marcha hacia el pulmón no es tan directa; el absceso se abre primero en la pleura y posteriormente llega al perenquima pulmonar. Sucede á veces, que un lóbulo entero puede estar destruido, quedando en su lugar una anfractuosa cavidad llena de pus. El diafragma se altera considerablemente en el punto que está en contacto con el absceso; primero se reblandece, concluyendo por esfacelarse la zona precitada, dejando en su lugar un pequeño orificio, de bordes irregulares cuando la lesión es reciente, pero lisos, recubiertos por la membrana enquistante, formando una estrangulación, cuando es antigua. Simula entonces un reloj de arena, siendo el absceso una de las extremidades ensanchadas, la perforación diafragmática el istmo y la colección torácica la otra extremidad. Por las exiguas dimensiones que este agujero tiene, el pus se evacúa con desesperante lentitud, retardando la curación y concluyendo con la vida del enfermo. Tales son las lesiones que se observan en los casos de abscesos expectorados. Aunque en uno de nuestros observados se presentó esta terminación, muriendo el paciente, no pudimos practicar la autopsia que habría sido de gran interés clínico, por motivos agenos á nuestra voluntad.

En general, la marcha de la fístula hepatobrónquica es insidiosa. Como lo hace observar Haspel, puede faltar el dolor en el hipocondrio derecho, la escapulalgia, la fiebre, etc.; en una palabra, todo aquello que pueda poner sobre la vía del diagnóstico.

Difícil es asignar un tiempo fijo á la duración de este modo de terminar, pero sin alejarnos mucho, podemos decir que es de dos á tres meses. Cuando la lesión afecta una marcha rápida, son más de temer las consecuencias del derrame de pus en la pleura, porque las adherencias salvadoras no han tenido tiempo de formarse.

Veamos detenidamente cuál es la sintomatomatología que la formación de dichas fístulas tiene. Uno de los primeros síntomas que se presenta es la dispnea; los enfermos se quejan de angustia, de opresión; sienten como un peso muy grande sobre el tórax que les imposibilita respirar. El reposo sólo puede hacerse en el decúbito dorsal; desde que el enfermo quiere levantarse ó moverse, para cambiar de actitud, la sofocación se hace más intensa, revistiendo á veces la forma paroxística como en el asma. Las causas de esa dispnea nos son conocidas en parte: el dolor, la tumefacción del hígado la determinan; pero en el caso que estudiamos hay otras que están bajo la dependencia de las alteraciones diafragmáticas y del parenquima pulmonar. Efectivamente, las adherencios entre este tabique muscular y la cara convexa del hígado, impiden que se efectúen sus movimientos de elevación, tan necesarios para el acto respiratorio. Además las contracciones incempletas del diafragma obedecen también á las

modificaciones que en su estructura ha sufrido. El campo de la hematosis está muy disminuido por la hepatización pulmonar y las cavernas que lo minan.

La tos traduce una alteración profunda del pulmón, debiendo aquí recordar que Hipócrates la describió á propósito de un caso en que existía una fístula hepato-brónquica.

Las hemoptisis son frecuentes y graves; producidas á consecuencia de la ruptura de vasos cuyas paredes están en malas condiciones por los progresos de la supuración.

El pus de la vómica, en cantidad considerable casi siempre, es espeso, cremoso, unas veces de color gris, otras más ó menos rojizo ó bien achocolatado, estando sembrado de fragmentos de tejido pulmonar. Ocurre á veces que una gran cantidad de bilis tiñe de verde la totalidad de la vómica, lo cual demuestra que hay erosiones en los canalículos biliares. Rouis obtuvo 900 gramos de bilis en 24 horas, en las vómicas de un enfermo que curó rápidamente.

Cnando hay esas *debacles*, la purulencia disminuye concluyendo por transformarse en seroso el líquido expectorado. La sangre de los esputos también se quita, y éstos llegan á ser completamente mucosos. El aliento del enfermo adquiere una fetidez extraordinaria, semejante á la que presentan los que padecen de gangrena pulmonar.

En el curso de una hepatitis supurada es indispensable auscultar con frecuencia el pecho, en particular las bases. Ciertos signos estetoscópicos son de gran interés para depistar la marcha del pus hacia el tórax, y el grado más ó menos

avanzado de la lesión. Hemos visto que al principio de la enfermedad sólo se nota disminución en el murmullo vesicular, y ligeros estertores congestivos en la base del pulmón derecho. Estos signos se observan también en la pleuro-dinia, no teniendo gran valor. Pero hay otros que no pueden dejar ninguna duda y son: la matitez de convexidad hacia abajo, el soplo, los estertores crepitantes y la broncofonía. Un signo importante que se puede percibir después de las vómicas, es un soplo *anfórico* ó *cavernoso*, acompañado de *gorgoteo* y de *pectoriloquia áfona.* Esto indica que se ha formado una caverna en el seno del parenquima pulmonar contenienpo aire y pus.

El soplo tiene gran valor cuando se propaga á la región lumbar ó abdominal. Según Bricheteau la percepción de este signo en la zona jecoral, no se explica sino por la comunicación entre el absceso hepático y el pulmón. Tal es el signo de Bricheteau.

Respecto á los datos suministrados por el examen del hígado, hay alguna diferencia con los ya enumerados. Aunque la expectoración del pus sea relativamente abundante, la hipertrofia persiste y á la inspección del hipocondrio se nota la desaparición de los surcos intercostales; pero cuando ya se ha presentado una vómica, la eminencia que antes se notara disminuye considerablemente, mas nunca á tal grado que no se perciba diferencia entre las dimensiones del hemitórax derecho é izquierdo. En cuanto á la forma de la matitez se observa que el diámetro transverso está casi normal, en tanto que el axilar medio, mamilar y esternal alcanzan fuertes proporciones, exis-

tiendo casos en que es muy difícil hacer la demarcación clara entre la zona de matitez hepática y pulmonar.

Para reconocer por la palpación el aumento de volumen del hígado, Brossier aconseja la maniobra siguiente: se trata de insinuar el borde cubital de la mano derecha (y no la punta de los dedos como se hace corrientemente) debajo de las falsas costillas; si esto se puede llevar á cabo, no hay hipertrofia; si vemos que no es posible, la deslizaremos paulatinamente hacia el ombligo, hasta que pueda sentirse esa suavidad especial que á la palpación da la pared adminal relajada.

La icteria puede también presentarse en este caso.

La escapulalgia es un síntoma constante de los abscesos hepáticos abiertos en los bronquios. Esto obedece á que son los de la cara convexa los que más comúnmente dan lugar á este síntoma nervioso y son éllos también los que con más frecuencia se derraman en los bronquios. Rouis cita como curiosidad el caso de un individuo en en quien la atrofia del muñón del hombro fué la consecuencia del dolor producido por un absceso expectorado.

El timpanismo estomacal, las náuseas, los vómitos, etc., persisten durante la formación de la fístula hepato-brónquica. La diarrea es mucho más frecuente.

Una vez que el pus es arrojado al exterior, sea por una vómica, sea por la expectoración, existe poca fiebre. De cuando en cuando se observan temperaturas vesperales que apenas llegan á 38°, y que son debidas á verdadera septicemia

por la reabsorción de tanto producto virulento.

DIAGNÓSTICO DE LA HEPATITIS SUPURADA.— Pocas enfermedades hay cuyo diagnóstico sea tan difícil, aun cuando ciertos síntomas sean muy claros. Esa dificultad llega á su apogeo en las hepatitis sórdidas, á marcha insidiosa, en las que se ve plenamente corroborada esa célebre expresión: "El silencio del órgano hepático es aterrador."

La frecuencia con que se presenta esta enfermedad en los países cálidos nos hará pensar en la posibilidad de que estemos en presencia de un absceso, siempre que se desarrollen algunos de los síntomas ya mencionados. Pasa aquí como en el diagnóstico del embarazo gemelar: sospechar que existe es ponerse en la buena vía para hacerlo.

Haremos el diagnóstico diferencial.

CON LA ANGIOCOLITIS.— Una y otra producen anorexia, fenómenos gastro-intestinales, icteria, tumefacción y dolor en el hígado, etc.; pero en la hepatitis la icteria es un síntoma poco acentuado, inconstante, tardío en aparecer; mientras que en la angiocolitis no falta jamás. En la hepatitis hay constipación primero, diarrea después; en la angiocolitis esta última es la regla. En fin, la primera es como el corolario de la disentería, en tanto que la segunda no está ligada de ninguna manera con ella.

LA CONGESTIÓN DEL HÍGADO.— Simula igualmente la hepatitis. Los fenómenos iniciales son semejantes; las alteraciones funcionales idénticas; la exploración muestra que en las dos hay hipertrofia de la glándula. La presencia de esca-

lofríos es un síntoma precioso que se observa en favor de una hepatitis. No debemos olvidar que, difusa en un principio, la inflamación puede circunscribirse y lo que fué puramente congestivo pasa á ser el prólogo de la hepatitis. Siempre es prudente poner en vigor un tratamiento análogo al que emplearíamos si se tratara de una inflamación franca.

Ciertas saburras gástricas.—Se acompañan de una ligera hipertrofia hepática, siendo entonces muy difícil decir si son ó no el principio de una hepatitis. Sólo la marcha de la enfermedad puede esclarecer el diagnóstico. En el Hospital hemos visto ejemplos de esta clase, principalmente en los meses de mayo, junio y julio, cuando las aguas se ponen en tan malas condiciones higiénicas á consecuencia de las lluvias. Varias veces tuvimos fuertes errores de diagnóstico, unas veces creyendo estar en presencia de una hepatitis confirmada; otras, pensando en una tifoidea. Por fortuna las indicaciones urgentes de llenar, como la antisepsia gastro-intestinal, los resolutivos aplicados *loco dolenti*, etc., se satisfacen en uno y otro caso.

Las pleuresías del lado derecho se confunden muy fácilmente con los abscesos del hígado. Hanot, nada menos, con simpática franqueza, relaciona un error de diagnóstico que cometió tomando por pleuresía lo que en realidad no era sino un absceso de la cara convexa del hígado. Aquí los antecedentes y la marcha de la afección son los únicos elementos que pueden hacer luz.

Hay casos en que el abatimiento y la postración de los enfermos es tal, que á primera vista

pensaríamos en una fiebre tifoidea.

La granulia aguda, según Gueneau de Mussy, puede también simular una hepatitis.

La pneumonía de la base derecha, las afecciones profundas de los riñones, el cáncer del hígado, el del estómago, los abscesos de las paredes abdominales, los quistes hidáticos supurados, la ectasia quística de la vesícula biliar, etc., son otras tantas enfermedades con las cuales puede confundirse la hepatitis.

Cuando ya se ha establecido una fístula hepatobrónquica, el diagnostico debe hacerse entre la pneumonía de la base, la pleuresía derecha y la hepatitis.

Los caracteres de los esputos dan mucha luz: mucosos ó muco-purulentos en la pleuresía; vizcosos, adherentes y herrumbrosos en la pneumonía, son color de heces de vino, como del color de esa agua que ha servido para lavar la carne cruda, en los abscesos expectorados. Este carácter es patognomónico cuando se presenta. Galeno conocía su importancia. Habiendo sido llamado para visitar á un médico siciliano, que se creía atacado de una pleuresía derecha, vió, por casualidad, que un criado conducía un recipiente lleno "de un líquido seroso, sanguinolento, cuyo color se asemejaba al que toma el agua que ha servido para lavar un pedazo de carne sangrante," y esto sólo le bastó para diagnosticar, sin ver á su colega, una afección hepática. "Es para mí, dice él, un signo cierto." Habiendo examinado después al enfermo, que se quejaba de tos, de hepatalgia, etc., le preguntó: "si haciendo una gran inspiración el dolor le aumentaba; si tenía como sensa-

ción de *peso* en el hipocondrio; si tenía dolor en el hombro derecho; si *había padecido de disentería*, etc. Las respuestas afirmativas del paciente, comprobaron el diagnóstico del insigne médico de Palermo.

Además, el examen microscópico de los esputos es muy interesante: por su medio podremos saber si hay células hepáticas, las cuales se coloran de amarillo verdoso cuando se deja caer sobre la placa una gota de ácido nítrico. En último lugar, para salir de dudas, recurriremos á la punción exploratriz ó hepatocentesis.

Corré, en su "Tratado Clínico de las enfermedades de los países cálidos," trae bajo forma de cuadro sinóptico los principales elementos para hacer el diagnóstico diferencial con las enfermedades ya citadas. Por creerlo muy útil lo reproducimos:

Hepatitis	Pleuresia derecha con derrame	Pneumonia de la base
Escalofríos regulares al principio		Escalofrío único al principio
Fiebre continua ó remitente á ciclo indefinido		Fiebre intermitente á ciclo indefinido
Deformación torácica		Deformación apenas visible
Limitada á la región del hígado	Limitada al lado derecho del tórax	
Matitez invariable cualquiera que sea la actitud	Matitez variable con la actitud	Matitez fija correspondiente á la parte inferior del pulmón
Tos seca		Tos con expectoración característica
Dolor hepático con escapulalgia	Dolor localizado á la región mamaria	Dolor localizado afuera del mamelón
	Susceptible de extenderse á todos lados del pecho, sin irrradiaciones al hombro	
	Excepto en los casos de pleuresia diafragmática.	
Decúbito dorsal ú opuesto al lado del lóbulo enfermo	Decúbito dorsal ó sobre el lado enfermo después de la desaparición de los primeros síntomas de agudeza.	

(Corré).

Diagnóstico del sitio del absceso.— Si difícil es reconocer la presencia de pus en el hígado, mucho más determinar el sitio en que se encuentra. Hemos visto que cuando el dolor es muy fuerte, hay probabilidades de que se halle en la superficie; en tanto que un dolor vago y sordo da indicios de que está en el centro. Cuando se localiza en la cara convexa, el dolor peritoneal es vivo; produce gran ansiedad respiratoria, á veces parálisis del diafragma y la tos es constante; hay fuerte escapulalgia, síntoma patognomónico según Annesley. Si el absceso se sitúa en la cara cóncava, el dolor cambia de lugar, encontrándose debajo de las falsas costillas con irradiaciones hacia el ombligo; la dispnea no es muy intensa pero la ictericia, debida á la compresión ejercida sobre las vías biliares, se presenta constantemente. Si el borde posterior es el lugar en que la colección se desarrolla, las irradiaciones dolorosas se propagan hacia el sacro, primer síntoma que presentó Víctor Jacquemont, víctima de un absceso hepático. Mac Lean considera los vómitos y el hipo como los síntomas por los cuales se revela la existencia del foco en el lóbulo de Spigelio, diciendo que son debidos á la compresión que el estómago sufre.

Advertimos que todos estos signos son de probabilidad: el único que da plena certeza es la punción exploratriz.

La hepatocentesis como medio de diagnóstico.— Las experiencias de Lavigerie, de Jaccoud, Chamtemesse y Widal, etc., han demostrado la inocencia de esta pequeña operación cuando se practica antisépticamente. Muy antigua, ha sido la única intervención que antes usaban en el tra-

tamiento de los abscesos hepáticos, seguida de aspiración del contenido.

Los instrumentos necesarios son: un aparato aspirador, cualquiera que sea, con tal que haga un buen vacío y una agua de diez centímetros de longitud y de uno á dos milímetros de diámetro.

El lugar más á propósito para practicarla, se determina de la manera siguiente: colocado el operador lateralmente, de tal manera que el rayo visual rase la región jecoral, se percibe la más pequeña eminencia; después, explorando la zona con el pulpejo del dedo índice ó medio, llegaremos á delimitar un punto en que el edema es notable y el dolor que la presión despierta, intolerable: ese es el buen lugar, ese es *el sitio de elección.* Sin embargo, puede suceder que los síntomas locales sean poco marcados, predominando los fenómenos generales: en tal caso se hará la punción en el octavo ó noveno espacio intercostal, siguiendo la línea axilar anterior.

Al practicarla debe " llevarse el vacío en la mano" como dice Dieulafoy, continuando la aspiracio tanto al introducir la aguja como al retirarla, por cuyo medio evitamos que abandone en su trayecto los líquidos que de la colección pudiera traer.

La punción puede repetirse sin peligro las veces que sea necesario: generalmente hay que hacer verdaderos *sondajes* del hígado. No quiere decir esto que estén exentas de peligros, pero es sumamente raro que se presenten accidentes, siendo de notar que cuando los hay, pueden ser de dos clases, *infecciosos ó traumáticos.* Los primeros se evitan empleando las precauciones

necesarias de asepsia y antisepsia; los traumáticos resultan, sea de la herida de órganos delicados, sea de la irrupción que es capaz de hacer el líquido contenido en la cavidad puncionada. Entre los órganos que es relativamente fácil lesionar, está la vesícula biliar, la vena porta ó sus ramas al nivel de hilio, y, en casos más excepcionales, la cava inferior, Pero, lo repetimos, estos son accidentes completamente excepcionales que poco ó nada significan cuando se consideran las inmensas ventajas que en cambio tiene la hepatocentesis.

Debemos evitar con mucho cuidado el usar agujas de las que sirven para poner inyecciones hipodérmicas: sus pequeñas dimensiones apenas son suficientes para atravesar la piel y parte del tejido celular. Decimos esto porque muchas veces, sea por estar más á mano, sea por otras razones, se hace uso de éllas, con grave perjuicio del diagnóstico, pues jamás pueden abordar la colección. Hemos tenido oportunidad de ver practicarlas así, sin resultado como era de esperarse, por más que el paciente en quien ésto se hacía, fuera operado más tarde, encontrando un gran absceso que la punción mal ejecutada no había hecho ver.

Algunos autores recomiendan usar agujas adaptables á las jeringuillas de un gramo de Pravaz, con el fin, dicen, de hacer creer al enfermo que se le va á poner una inyección hipodérmica, á la cual temen menos que á la punción; pero esta práctica no nos parece buena; 1º, porque formando aguja y jeringuilla un todo rígido, no es posible maniobrar con la libertad necesaria cuando se quiere puncionar en diversos sentidos el parenquima hepático sin sacar la aguja fuera

de la piel; 2º, porque la fuerza aspiratriz que es capaz de desarrollar una jeringuilla de Pravaz, no basta para sacar el pus, generalmente cremoso, "en mayonesa" como dice Bassompiérre.

En los servicios 1º de Medicina y 2º de Cirujía, en donde nosotros las hemos visto hacer, se practican así: á una jeringa de 10 á 20 gramos de capacidad, se adapta un tubo de caucho de 5 á 6 centímetros de largo, y á la extremidad de éste, la aguja Nº 2 de la colección de Dieulafoy. Quedan así reunidas las condiciones necesarias para hacer una buena punción: aguja larga y de diámetro regular; flexibilidad en los movimientos suministrada por el tubito de caucho y aspiración suficiente. Por regla general se practican sin cloroformo; pero en las personas nerviosas ó pusilánimes se puede hacer uso de este anestésico ó bien se ponen inyecciones de cocaína en el lugar que se va á puncionar. Durante nuestro internado de 1897 y 1898 tuvimos oportunidad de ver practicar (y de ejecutar) muchísimas hepatocentesis, y en ningún caso se presentó el más leve accidente traumático, ménos infeccioso.

Morvan cree que no es lo mismo, atendiendo al resultado, operar sobre un hígado sano que en el que está enfermo, y critica las experiencias de Berenger–Féraud, quien hizo treinta punciones en un perro de mediana talla sin que el animal sufriese la más leve alternación en su salud.

Reconocida es, pues, la inocuidad de este precioso medio de diagnóstico.—Pero no es eso tan sólo: la punción no únicamente es inofensiva, sino que en muchos casos es benéfica. Recordemos que Cameron cita el caso en que un higado

hipertrofiado recuperó su volumen normal bajo la influencia de punciones repetidas, practicadas con el objeto de buscar un absceso que nunca se encontró.

Aún en los mismos casos de hipatitis ya supurada, parece que tiene una acción curativa especial. Nosotros nos habíamos fijado que individuos en quienes se presentaba un cuadro sintomático lo más completo, con temperaturas de 39° y 40°, una punción exploratriz, negativa por cuanto que no se extraía pus, producía fenómenos dignos de observarse con detención: la fiebre caía por completo; el dolor disminuía; la tumefacción hepática cedía, etc.; se notaba, en una palabra, alivio general aunque pasajero, pues al día siguiente reaparecíael cuadro sintomático. Creímos, no obstante, que serían más bien fenómenos puramente accidentales, sin relación alguna con la pequeña intervención quirúrgica, cuando tuvimos la grata oportunidad de conversar acerca de este punto con nuestro ilustrado maestro Doctor don José Llerena, quien nos refiirió lo siguiente: "Hace algún tiempo fuí llamado por un colega para ver á un enfermo á quien él prestaba sus servicios profesionales desde hacía uno ó dos meses; dicho enfermo en un principio presentó el cuadro sintomático siguiente: ligeros accesos febriles de poca duración, precedidos de escalofríos; alteraciones gastro–intestinales; sensación de peso en el hipocondrio derecho; ligera escapulagia, etc. Con los medicamentos que él administró, tuvo gran mejoría; pero bien poco había durado el alivio cuando la fiebre reapareció, aumentada por las tardes; abundantes sudores; anorexia marcada, enflaque-

cimiento, y lo que más le llamó la atedción fué que, aunque miasmáticas, las fiebres no cedían á la quinina. Después de haber agotado los recursos de su terapéutica y viendo que no obtenía ningún resultado, fué cuando se decidió á llamarme. Al llegar, encontré á un hombre como de 40 años, muy demacrado, pero al parecer antes robusto; la fiebre empezaba en ese momento; examiné el hígado, encontrando hipertrofia y edema. Propuse al compañero que hiciésemos una punción exploratriz.—Previo el consetimiento del enfermo, y siguiendo las reglas necesarias de antisepsia, practicamos la hepatocentesis y *obtuvimos una pequeña cantidad de pus*, que no nos dejó absolutamente la menor duda de que en el hígado había un absceso. Inmediatamente propusimos la operación; pero aquella gente tímida la rechazó.—Yo me retiré de la casa. Al cabo de quince ó veinte días, recordando los accidentes del caso, decidí ir á ver de nuevo al paciente. Llegué á la casa, y grande fué mi asombro al reconocer entre varios comensales, á nuestro enfermo. Le expresé el motivo de mi visita, diciéndole que lo hacía por puro interés científico, y le supliqué me permitiera examinarle el hígado. Condescendió gustoso y encontré la glándula en perfecto estado. El individuo, gozando de completa salud, muy restablecido, me contó que desde que lo *habíamos picado* la fiebre se le había quitado, el apetito fué aumentando y "aquí me tiene, dijo, curado sin la tal operación." Mucho me hizo en qué pensar este resultado; busqué en los libros algo que se refiriera á la punción simple como medio curativo, pero no encontré nada. Siem-

pre preocupado, tuve ocasión, no recuerdo por qué, de hablar acerca de él con el Dr. Arton y me dijo que ésto no debía extrañarme, pues un médico de Philadelphia, cuyo nombre no recordaba, pretendía curar así los abscesos del hígado. Traté de darme una explicación, y me pareció que tal vez *la cantidad del acto operatorio* imprima una evolución tal al proceso, que termina por la reabsorción."

Después de escuchar estas interesantes explicaciones, tuvimos oportunidad de observar nuevamente que la punción determina un gran alivio en el estado general de los hepáticos.

Este hecho, que nosotros no hacemos más que señalar someramente, es de gran interés, y son nuestros deseos que se ocupen de él, con las luces que poseen, nuestros maestros.

Pronóstico.—Grave en tesis general, hay que hacer ciertas excepciones de casos en que la curación es más ó menos rápida. Esta es la regla en los abscesos de evolución franca, cuyo diagnóstico puede hacerse con cierta prontitud y establecer el tratamiento en consecuencia. No es lo misrespecto á aquellos de marcha sub-aguda, que llegan á destruir por completo la glándula sin producir grandes alteraciones físicas ni funcionales. Hemos visto también que el pronóstico es más serio en los que son consecutivos á la disentería; en tanto que es favorable en los producidos por el paludismo. Es evidente que la presencia de muchos agrava considerablemente la situación, haciendo más incierto el éxito con un tratamiento apropiado, y aún excluye la posibilidad de curación. Desgraciadamente es harto difícil

diagnosticar la pluralidad de los abscesos; pero sí podemos preverlo: cuando después de la evacuación de uno, los fenómenos primordiales subsisten, fuertes razones hay entonces para suponer que son múltiples y aseverar un pronóstico fatal. Un dato que debe tenerse muy presente es la abertura ó no abertura del absceso: toda colección intrahepática que no se forma una vía al exterior, es casi siempre mortal, á menos que sea muy pequeña y en consecuencia capaz de enquistarse y reabsorverse. El lugar en donde el derrame se vierta, tiene también gran importancia: cuando lo hace en el pericardio, el peritoneo, la cavidad pleural ó en la vena cava, el pronóstico es más serio que cuando lo hace en el intestino, el estómago ó los bronquios. Particularmente, cuando la fístula hépato-brónquica se forma, el enfermo puede morir por el agotamiento que le produce la fiebre héctica; las alteraciones flegmásicas que en el pulmón pueden sobrevenir, las hemoptisis fulminantes que á veces se producen, etc., son otras tantas causas que ponen más sombrío el pronóstico. La presencia de bilis en el pus de la vómica ó en el de los esputos sería, según Rendu, un signo de gravedad, por cuanto á que entonces el esfacelo pulmonar es seguro. Además, las lesiones profundas que este órgano sufre, no pueden menos sino hacer de él un *locus minoris resistentie*, muy apropiado para el desarrollo de la tuberculosis.

Tratamiento.—El tratamiento profiláctico de la hepatitis supurada es el de las afecciones que la producen: disentería, paludismo, apendicitis, dotinenteria, etc.

En el período presupurativo las ventosas secas ó escarificadas, los lienzos fríos sobre la región jecoral, etc., son los medios á que habitualmente recurrimos para moderar la inflamación. Sucede algunas veces que el síntoma alarmante es la hipertermia: nosotros hemos visto usar, fuera de la analgesina, la quinina, etc., y demás antitérmicos, los baños fríos generales con muy buen resultado.

El calomel es uno de los mejores purgantes de que podemos hacer uso en este caso, por su marcada acción colagoga.

Si en tesis general, antes de poner un vejigatorio debemos comparar sus muchos inconvenientes con las ventajas que obtendremos, es en la hepatitis que hay necesidad de emplear mayor prudencia en su uso; pues ya hemos tenido oportunidad de decir que produce en los tejidos tal modificación, que se encuentra edema aún cuando no se haya establecido supuración de ningún género, perdiendo ese signo el gran valor que sin esa circunstancia tiene. Además, como no se sabe si habrá que recurrir ó no á una intervención quirúrgica, siempre estaríamos expuestos á tener que operar sobre una superficie cruenta, propicia para las infecciones secundarias, en particular la estreptocócica.

La antisepsia gastro-intestinal, el régimen lácteo y el reposo son indispensables.

Tratamiento quirúrgico—La *punción aspiratriz* hoy ya no se usa como medio curativo, sino solamente para establecer el diagnóstico.

De la *punción simple* ya hemos hablado en los párrafos anteriores.

Dos grandes métodos se han empleado desde en tiempo de Annesley, para curar los abscesos hepáticos: uno, el de los procedimientos *lentos* y otro, el de los *rápidos*. Entre los primeros están el de Greves y Bégin que consiste en hacer una incisión hasta llegar al hígado, y despues de seis ú ocho días, necesarios para la formación de adherencias que resguarden el peritoneo, se hace la hepatotomía, guiando el bisturí por medio de un trócar colocado previamente en el foco. Récamier las produce por medio de la pasta de Viena ó de Canqoin.

Entre los segundos están el de Stromeyer-Little y aquel en que se incinde capa por capa.

MÉTODO DE STROMEYER-LITTLE.— Inaugurado por Luis Stromeyer Little en el Hospital inglés de Shang hai, ha producido muy buenos resultados. Consiste en operar lo más pronto posible, desde que la punción exploradora nos muestra la existencia del pus, de la siguiente manera: colocada la aguja en el foco, se introduce, guiada por élla, la hoja estrecha y larga de un bisturí, practicando *en un sólo tiempo*, una amplia incisión desde la piel hasta el hígado, capaz de dar salida fácil á todo el pus que exista. Este procedimiento, calificado de *brutal* por Gilbert, tiene entre otros inconvenientes que pronto señalaremos, el de la infección peritoneal; aunque, según su autor, no hay ese peligro porque el pus, solicitado, atraído por el desequilibrio de presión que existe en favor de la abertura cutánea, no tiene ninguna tendencia á derramarse en aquella serosa. "El desprecio á las adherencias; la manera ciega de practicar la incisión cortando hasta abordar el foco, he allí cuánto hay de *par.icular* en ese método."

Réstanos apreciar su valor. Practicada la incisión en un sólo tiempo, expone á herir la vesícula, el estómago, el epiploon y sobre todo, el intestino. Razón hay, pues, para decir que "no satisface las condiciones exigidas á toda *buena operación* quirúrgica:" estas son las palabras que le dedica Defontaine.

Algunos Cirujanos, abandonando este procedimiento, han adoptado el de la incisión capa por capa. Sin embargo, poco ó ningún caso hacen de las adherencias y se citan muchas observaciones de curación sin que ninguna sutura protectriz haya sido colocada con el fin de evitar que el pus se insinúe entre las hojas peritoneales. Estos hechos se explican por la *esterilidad*; pero como esta circunstancia, según ya hemos visto, no es constante, es muy peligroso contar siempre con ella.

Además, la falta de suturas expone á las hernias del epiploón, del intestino, etc., que vendrían á infectarse con el pus que sale por la herida.

Describiremos, pues, el procedimiento que con tan felices resultados hemos visto practicar á nuestros maestros Dr. Juan J. Ortega y Dr. Juan I. Toledo.

Incisión metódica capa por capa.— Resección costal.— Hepatopexia. — Hepatotomía. — Drenage.—(*a*) Incisión de los tegumentos: Esta se hace de 6 á 8 centímetros de longitud, pasando por el punto en que se ha hecho la hepatocentesis positiva; de dirección horizontal, tratando de que siga el borde superior de la costilla inferior, si es que se practica en un espacio intercostal. Divididos los tejidos hasta penetrar en la cavidad peritoneal; hecha la hemostasis, se procede al se-

gundo tiempo. (*b*) Resección costal.—Tres ó cuatro centímetros son suficientes para tener un espacio libre en que hacer las maniobras siguientes. Se regularizan las extremidades de la costilla resecada para evitar que dislaceren la cápsula de Glisson. (*c*) Hepatopexia parcial.— Es un tiempo muy útil, porque resguarda el peritoneo y evita los movimientos que la respiración comunica á la viscera. Los hilos con que se hace la sutura deben ser de seda torcida ó trenzada, pero cuidando de que no sea muy delgada porque desgarra el tejido glandular y, además, llenaría mal el surco dejado por el paso de la aguja. Esta no debe ser muy gruesa. Se colocan las suturas principiando por poner el punto en el hígado, y después en los tegumentos; lo esencial es que la aguja no pase muy profundamente en el tejido hepático. Efectivamente, mientras más penetre, habrá mayores probabilidades de llegar á la cavidad del absceso, infectando el punto y dejando filtrar el pus. Por otra parte, mientras la sutura en su asa abarque menos parenquima, habrá menos hemorragia. Se harán penetrar sólo dos ó tres milímetros, sacándolas á cuatro de su punto de entrada. Al anudar las asas no se debe apretar demasiado. Los puntos separados son preferibles á la sutura perdida ó en sorjete. La aguja de Reverdin curva facilita mucho esta maniobra. Siempre es bueno colocar dos líneas de puntos concéntricas. (*d*) Hepatotomía.—No resta más que incindir todo el espesor del hígado que cubre el absceso. Un bisturí ordinario se introduce al nivel del punto visible que la hepatocentesis dejó, practicando ampliamente la división del parenquima.

Puede hacerse también esta incisión con el cuchillo del termocauterio, con el fin de evitar la hemorragia que pudiera sobrevenir. Una vez hecho esto, un ayudante comprime, de atrás á adelante, la parte postero-inferior del hígado, con el objeto de aplicarlo á la pared abdominal, destruyendo así el espacio virtual que entre ellos pudiera existir; (maniobra útil porque defiende al peritoneo) y facilitar la salida del pus. Cuando la incisión hepática sea suficientemente amplia, introduciremos el dedo índice de la mano izquierda con el fin de sujetarlo más eficazmente. (*e*) Drenage.— Si el hígado está suturado á la pared, se procede inmediatamente á hacer la toilette de la cavidad. Algunos, como Zancarol, quieren que se practique antes de introducir los tubos, un curetaje, limpiando el interior del absceso por medio de esponjas montadas; pero estas maniobras son siempre peligrosas porque pueden provocar una hemorragia mortal ó romper la pared hepática ya adelgazada y penetrar en la cavidad abdominal. El drenage se hace por medio de dos tubos de regular calibre, uno de los cuales tiene agujeros en sus paredes y el otro no; se introducen cogidos con una pinza hasta el fondo de la cavidad y se sujetan con un alfiler de seguridad. Por el que no está agujereado se hace penetrar la solución lavadora, (usando para ello la jeringa de lavados vesicales de Guyón), comenzande con una de cloruro de zinc al 2% y concluyendo por otra de agua esterilizada simplemente. Los líquidos del lavado deben usarse tibios; ser lanzados con gran suavidad y no muy copiososamente.

Se cierra después una parte de la herida

operatoria por medio de puntos hechos con crin de Florencia, y se pone el apósito formado de gaza antiséptica, algodón hidrófilo en alguna cantidad, envolviendo el tórax con él, porque así se facilita la compresión que con la venda debe hacerse y que tanto recomiendan los autores.

Las ventajas que presenta este modo de proceder nos parecen varias: la resección costal es de gran importancia, porque sin élla, los tejidos, tendiendo á la cicatrización, se cierran prematuramente, cuando aún hay pus en el hígado, viéndose obligado el Cirujano á practicar un desbridamiento. La hepatopexia, también, porque si no se usa, el peritoneo está más expuesto; además, el hígado durante la expiración sufre un movimiento ascencional que hace perder el paralelismo necesario para la salida del pus; por otra parte, cuando existen varios focos, que vanse haciendo ostensibles en el curso del tratamiento, tenemos sujeto el órgano á la piel lo cual facilita la abertura de los otros.

Entre los accidentes post-operatorios, se ha señalado la *colerragia*, que puede poner en gran peligro la vida del enfermo. Al decir de Lafourcade, esto es excepcional en los abscesos del hígado, siendo frecuentes en los quistes hidáticos. Nosotros hemos visto producirse una icteria completa, minutos después de practicar una punción exploratriz, pero sin consecuencias fatales.

Las irrigaciones en los días subsiguientes al de la operación, deben hacerse cada dos ó tres, por más que diariamente se renoven el algodón y la venda. En nuestros observados hemos visto que cuando se practican lavados muy frecuentes

el proceso cicatricial se retarda considerablemente.

Los tubos deben retirarse paulatinamente, porque si se dejan muchos días, se convierten en agentes irritantes que entorpecen la curación favoreciendo el desarrollo del pus.

Si todos los Cirujanos están de acuerdo en proclamar la intervención quirúrgica, cuando el absceso ha permanecido intrahepático, las opiniones se dividen cuando se trata de colecciones ya abiertas en otros órganos, particularmente en los bronquios.

"¡Abrid! ¡Abrid!," dice la Cirugía moderna á la sombra de la antispsia; pues bien, esa voz debe escucharse en este caso. Veamos la marcha que sigue el derrame purulento abandonado á los solos esfuerzos de la Naturaleza. Ese pus que llega con dificultad á los canalículos pulmonares, irrita los tejidos que á su paso encuentra, y entre tanto el enfermo enflaquece, la nutrición sufre y la caquexia se aproxima. Después de la ligera mejoría que el paciente experimenta cuando el absceso se abre en los bronquios, viene una expectoración de pus hepático durante dos ó tres meses. Esto le acarrea una serie no interrumpida de achaques: tiene frecuentes accesos de tos; diarrea incoercible, transpiraciones abundantes; fiebre héctica; en una palabra, la caquexia se establece y el paciente muere en el marasmo más profundo.

Los antiintervencionistas dicen que eso no es sino el resultado del decaimiento orgánico engendrado por la primitiva enfermedad; pero no es éso solamente dice Duchateau, hay verdadera *septicemia*, como lo demuestra claramente el tipo de la fiebre, los sudores profusos, etc.

Esto que hemos dicho se refiere al estado general; y el pulmón ¿qué dice?; profundas alteraciones ha sufrido, habiéndose observado á veces el esfacelo, la gangrena y el desarrollo de la bacilosis pulmonar á forma galopante. El único medio de evitar este cuadro aterrador es intervenir quirúrgicamente. Si en los abscesos vulgares son benéficas las contra-aberturas, mucho más lo son en el caso que nos ocupa, en donde consideramos como tal, la herida que el Cirujano practica por oposición á la que ya hizo la Naturaleza.

Cuando el absceso es abordable por la vía torácica, algunos siguen la técnica de la operación de Israel, es decir, la vía transpleural.

Por medio del tratamiento quirúrgico, oportuno y eficaz, se salvan hoy multitud de vidas; y si cuando los abscesos del hígado no se operaban la mortalidad que producían era de 80 por ciento, por el momento, las recientes estadísticas de Chauvel dan sólamente el 16 por ciento, cifra altamente halagadora.

Nosotros, en un total de 16 operados que presentamos, tuvimos tres muertos, de los cuales dos estaban casi en completa caquexia; y aún contándolos, obtenemos el 23 por ciento solamente de mortalidad.

El Dr. Ríos Llamozas, en "La Gaceta Médica de Caracas," después de llamar la atención sobre la mortalidad casi constante observada en los enfermos de hepatitis supurada, cuando existen varios focos, formula la siguiente cuestión: "¿de qué vale la intervención quirúrg'ca?; ¿cuál debe ser la conducta del Cirujano que diagnostica con precisión abscesos múltiples del hígado?" El

Dr. Razetti trata de resolver el problema de la siguiente manera: diagnosticada la existencia de una hepatitis supurada en un paciente, debemos, en primer término, declarar formalmente á la familia que se trata de una enfermedad *grave, muy grave*, que arroja una mortalidad crecida, y que el tratamiento *único* es la intervención quirúrgica; que ésta no garantiza *siempre* la curación; pero que además de disminuir considerablemente las probabilidades de muerte, no constituye POR SÍ SOLA causa de mayor gravedad en el pronóstico.

Si después de abierto un primer foco comprobamos la existencia de otros, accesibles al cuchillo, debemos abrirlos en la misma sesión; si en el curso de la curación de un absceso, observamos otros focos de formación nueva, tratables por la incisión, debemos operarlos oportunamente. En ambos casos se debe advertir á la familia que estas son complicaciones que hacen aún más sombrío el pronóstico y dan muy pocas esperanzas de curación. En todo caso, antes de formular un pronóstico cualquiera, debemos tener en cuenta las particularidades clínicas de cada caso, favorables ó adversas al éxito de la intervención.

Esta manera de proceder, que pone á salvo toda nuestra responsabilidad profesional y científica, en nada amengua la alta importancia terapéutica de la incisión, el drenage y el raspado de de los abscesos hepáticos.

En resumen, pues, en un hígado atacado de hepatitis supurativa ó focos múltiples, debemos *siempre, resueltamente* abrir aquel ó aquellos que sean más accesibles al cuchillo, formulando *siempre*, antes de intervenir, un pronóstico *grave*, y más grave aún si reconocemos la existencia de focos múltiples, después de haber abierto el primero.

OBSERVACIONES.

OBSERVACIÓN I.—(Absceso de la cara convexa del hígado, abierto en los bronquios.—Operado por el Doctor don Juan Ignacio Toledo).—Primer servicio de Medicina de Mujeres. —Cama número 373.—J. M., mujer de 45 años, antes bien constituida, lavandera de oficio, casada, habiendo tenido cinco hijos, 3 mujeres y 2 varones, de los cuales (los varones) ninguno vive; ingresó al Servicio el día 7 de septiembre de 1898.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: expresa tener un vago recuerdo de que su padre murió de una enfermedad de los riñones, quien, después de una viruela que tuvo, se hinchó de todo el cuerpo, muriendo al poco tiempo. De su madre no recuerda nada, pues tuvo la desgracia de perderla cuando sólo tenía ocho años de edad.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Ha vivido solamente en la Antigua, disfrutando siempre de buena salud. Fué reglada á la edad de 14 años y ninguna alteración ha sufrido á este respecto. Hace diez años tuvo un aborto, á consecuencia del cual quedó padeciendo de un flujo amarillento que no se le quitó sino al cabo de año y medio. En el mes de junio de 1898 tuvo una fuerte disentería que la tuvo postrada en cama durante un mes, quedando *tan delicada*, según su propia expresión, que con cualquier desarreglo que cometía se le *clavaba un peso* en el lado derecho.

Como nunca ha vivido en costa, no ha sufrido de *fríos ni de calenturas*.

Bastante bien estaba, cuando á mediados de agosto, después de haber comido, sintió un fuerte malestar, ligero dolor de cabeza, poco apetito y mucha sangre de narices le salió durante casi toda la noche. Al día siguiente no se pudo levantar de la cama porque *estaba encendida en calentura.* Así pasaron ocho días, al cabo de los cuales, logró sanar con las medicinas y diligencias que le hicieron. Durante el tiempo que estuvo con calentura, sentía más fuerte el peso del lado derecho, y sus gentes que le cuidaban notaron que tenía los *ojos amarillos como yema de huevo.* Trascurrieron tres días sin que le entrara la fiebre; al cuarto, tuvo un frío muy grande y después del frío un *calenturón con muchos sudores.* Dospués de este primer frío le vinieron otros muchos, notando que la calentura le crecía por la tarde; que el dolor le aumentaba hasta el punto de no poder pararse; tenía la lengua muy amarga; no comía y enflaquecía mucho. Entonces le apareció una tos seca muy molesta. No encontrando alivio con los remedios que le recetaban los Doctores, decidió venirse á Guatemala, ingresando al Servicio el día 7 de septiembre.

Estado actual.—La enferma se presenta en una actitud muy particular; acostada sobre el lado izquierdo, con el brazo derecho levemente aplicado sobre la región jecoral; el muslo flexionado sobre la pelvis y la cabeza muy baja, sin almohadas. Contesta á las palabras que le dirigimos con palabras no entrecortadas, pero sí dichas entre suspiros verdaderos, diciéndonos que lo hace así porque el dolor del lado derecho le aumenta cuando habla. Se queja de tener, no

cefalalgia, sino una especie de mareo; este hombro, dice, como que me lo *jalan*; no duermo nada; la calentura me da en la tarde. Efectivamente, el termómetro marcó esa tarde38°6. A la inspección, la región hepática estaba saliente, los espacios intercostales borrados, y las excursiones respiratorias muy frecuentes y limitadas, prueba de la dispnea de que era presa. A la palpación notamos: piel caliente y seca; y el borde cubital de nuestra mano derecha tuvo que separarse cuatro traveses de dedos del reborde de las falsas costillas para poder caer en el vacío abdominal; á la percusión metódica encontramos: la matitez hepática aumentada en los diámetros para esternal, mamilar, axilar anterior, medio y posterier; el trasverso, normal. Al nivel de 7° espacio intercostal había edema muy pronunciado. Midiendo el hemitórax derecho y el izquierdo, encontramos una diferencia de medio centímetro entre el primero y el segundo. Auscultando la región, percibimos, aunque no muy claramente, un principio de frote reforzado á la expiración. Como la enferma se quejara de tos, por más que no pudimos ver ningún esputo en la escupidera, procedimos al examen del pulmón, y hallamos: á la inspección, deformidad acentuada hacia el lado derecho, con ligera escoliosis; á la percusión, matitez absoluta en la base derecha y á la aucultación, disminuido el murmullo vesicular, ligeros estertores finos y algo de broncofonía; todo esto en la base mencionada. En los vértices, nada. El corazón, normal á la percusión; á la auscultación, ruidos cardiacos muy apagados y lentos; pulso pequeño, regular y muy lento, habiendo contado sólo 55

por minuto. Tomamos el trazado esfimográfico (que guardamos) y nos mostró el vértice de la ascensión muy poco marcado y la línea gráfica del diástole muy larga.

No buscames el signo de Duchateau, porque en aquella época no lo conocíamos.

Las vías digestivas no presentaban alteración de ningún género, excepto el estado fuertemente saburral de la lengua, á que antes nos hemos referido. Había constipación por atonía gastro intestinal. Hicimos recoger la orina de las 24 horas y encontramos:

Cantidad total 1,230 gramos. Color rojo oscuro—Densidad 1,001.—Reacción, débilmente alcalina.—Ligeramente turbia.—Buscamos pigmentos biliares con el ácido nítrico nitroso, y se coloreó primero en verde, pasando al azul y por último al anaranjado.—La reacción de Gmelin, pues, nos mostró que existían.—No había albúmina ni glucosa.—Indicán, sí: pusimos en una cápsula de porcelana partes iguales de ácido clorhídrico y de orina, calentamos suvemente, y entonces la mezcla se puso de color violáceo.—Medimos la urea con el ureómetro de Regnard, al hipobromito de sodio, y encontramos 10 gramos por litro.

Después de señalar con el lapiz dermográfico el punto en donde el edema era marcado, prescribimos á la enferma 0'80 de calomel con un gramo de escamonea y recomendamos al Sr. Interno de Guardia, que en la noche le pusiera dos inyecciones de cafeína con esparteína. Al día siguiente, presentada la enferma á nuestro Jefe de Clínica Dr. don Juan I. Toledo, después de riguroso exa-

men, fué de nuestra opinión sentando el diagnóstico de "absceso tropical del hígado." Hízose acto continuo la hepatocentesis al nivel del punto marcado y se extrajeron diez gramos de pus cremoso y poco fétido.

Confirmado el diagnóstico, dicidióse la operación para el siguiente día. Preparada la enferma convenientemente, practicóse ésta siguiendo estrictamente la técnica que ya hemos indicado. Habiendo hecho la hepatopexia, practicóse una nueva punción y sin sacar la aguja, unimos al tubido de caucho la parte afilada de una pipeta Chamberland—Pasteur previamente esterilizada al autoclave, aspiramos por el extremo opuesto y de esa manera obtuvimos una pequeña cantidad de pus libre de infección aerea. Sobre la aguja como conductor se introdujo la hoja de un bisturí, dando salida á una cantidad considerable de pus cremoso, ligeramente achocolatado y con poca fetidez, que fué evaluado en dos libras. Pusiéronse los tubos de drenage; hízose un lavado completo de la cavidad con una solución antiséptica; colocóse un taponamiento de Mickulitz, para cohibir una pequeña hemorragia que se produjo, y después una cura algodonada dejando el vendaje ligeramente comprimido. Durante la operación se le inyectaron 400 gramos de suero estricnizado. Prescribiósele además una poción de Todd con éter y cafeína. Un cuarto de hora después de operada, tuvo un violento escalofrío que nos alarmó mucho pensando que sería el ujier de una peritonitis sobreaguda; pero al cabo de algunos minutos todo había pasado y la temperatura quedó normal.

Días	Mañana	Tarde	
8	36,°5	36,°6	
9	36,°8	37,°4	se le cambió el apósito.
10	36,°0	37,°2	se queja de tos.
11	36,°5	38,°0	sale poco pus por la herida.
12	37,°0	37,°8	la tos persiste.
13	38,°0	38,°6	hay escalofríos. Matitez de la base del pulmón derecho.
14	38,°4	38,°4	
15	38,°2	39,°0	esputos fétidos y sanguinolentos.
16	38,°5	39,°0	soplo anfórico propagado á la región lumbar; hay estertores finos; no sale pus por la herida.
17	38,°6	39,°0	
18	36,°4	39,°0	
19	39,°0	40,°0	la enferma en marasmo. La es-espectoración es purulenta y con sangre.
20	38,°0	36,°0	

El día 20 de septiembre á las 10 y cuarto p. m., murió la enferma. Analizados los esputos encontramos detritus hepáticos. Quisimos prácticar la autopsia, pero no pudimos porque la muerta tenía parientes, y las Hermanas de la Caridad se opusieron á ello.

Vemos aquí que el absceso, no obstante de haber sido abierto al exterior, hizo irrupción en los bronquios muriendo la enferma por verdadera septicemia. Esto nos prueba la gran urgencia que hay de que el tratamiento sea hasta cierto punto precoz, pues en este caso no obstante haber obrado con la rapidez que la gravedad requería, la terminación fué fatal. La causa de esta hepatitis fué la disentería. La disminución de la urea es notable. La presencia del indicán confirma una vez más que este elemento se encuentra en las orinas de los individuos, víctimas de grandes supuraciones viscerales. La hepatitis tenía tres meses de duración.

Observación II. — Absceso del borde posterior del hígado, operado por el Dr. Juan J. Ortega. 2º Servicio de Cirugía de Hombres, cama número 181. Antes de entrar en los detalles de esta observación, transcribiremos una carta que el enfermo, curado y agradecido, dirijió á nuestro ilustrado maestro Dr. don Juan J. Ortega, quien le pidió una relación de su enfermedad. En élla expresa sucintamente muchos de sus antecedentes y uno que otro detalle relativo al curso de su enfermedad. Esta es: "Señor Dr. don Juan J. Ortega.— Presente.— Señor: Voy á cumplir con el encargo que habéis tenido la bondad de confiarme, pero antes espero de vos, que os dignéis aceptar mis más altas protestas de agradecimiento, pues merced á vuestros desinteresados servicios, gozo de vida, lo que no hubiera de suceder si vuestra mano no hubiera intervenido para salvarla. Creo que no exijiréis de mí conocimientos previos, y me permitiréis explicarme sin hacer mención de técnicos que no entiendo. Señor: Durante los primeros años de mi infancia, no he padecido de ninguna enfermedad. Cuando contaba de 10 á 11 años, tuve una pequeña diarrea y después de curado no quedé sino con buena salud, y continuando sin ningún trastorno hasta la época que paso á referir. Teniendo que emprender un viaje á caballo, salí de Méjico, en donde me encontraba el día 13 de febrero de 1897, con dirección á Guatemala, llegando á ella en el mes de abril del propio año de 97; de allí me fuí á Honduras y al Salvador. Permanecí varios días en esa, volví á Guatemala á pie, haciendo el camino en el corto tiempo de tres días. En esa travesía,

demasiado penosa, no tuve en un sólo día ni buena alimentación, ni abrigo favorable, ni descanso. Cruzaba paso por paso el camino, ya sufriendo las consecuencias de la lluvia, ya sufriendo el calor, la fatiga, la sed, consecuentes á los rayos del sol. Bien podréis imaginaros que á consecuencia de la incomparable sed que poseía, me veia obligado á tomar el fango en el que talvez habían pasado inmundas bestias! A consecuencia de esto he padecido de *fríos y calenturas* por espacio de dos meses en 97, y después, *disentería*, no ha mucho. Durante los años de 93 y 94 he padecido de lo último por espacio de 7 y 9 meses respectivamente. A principios de febrero (el 13) sentía más agudos los dolores que me principiaran un mes antes en el abdómen, próximamente como á 6 centímetros por debajo del ombligo y en la parte que corresponde al pulmón derecho en su parte más superior. Fuí examinado y acto contínuo se me administró un purgante (citrato de magnesia) por espacio de tres días y me pusieron cuatro inyecciones de sulfato de quinina. Por haberme considerado peor, pedí mi alta el 9 del propio mes de febrero, poniéndome en manos del Dr. J. H. Arton, quien después de recetarme no tuve ninguna mejora sino hasta que me apliqué un vesicante que me calmó el dolor por espacio de ocho días. Cuando éste volvió, entré al Hospital General y nuevamente examinado, se diagnósticó la enfermedad sospechada por Arton: *Absceso del hígado.* Acto contínuo fuí preparado, practicando la operación el día 15 de abril por vos, de quien debo recordar siempre. Merced al buen éxito de la operación, seguí en rápida mejora y hoy gozo de magnífica

sulad. Es cuanto tengo que informaros, señor Ortega, permitiéndome que al despediros, haga votos por que siempre coronéis del éxito más brillante vuestras nobles aspiraciones y que, ya que vuestro corazón es tan grande, lleno de bondad, de dulzura, despojado de miserias y vanos sentimientos, seais siempre esa mano protectora del desvalido, del enfermo, con que felizmente cuenta Guatemala. Soy de Ud. atento y O. S. Q. B. S. M.—*X. X.*"

Efectivamente, como dice en su carta el enfermo, estuvo la primera vez en la Casa de Salud habiéndose pensado desde entonces en una hepatitis aguda; propuesta que le fué una punción, la rechazó pidiendo su alta el día nueve de febrero de 1898. Después, viendo que no sentía ninguna mejoría, decidió ingresar de nuevo al Hospital, yendo á ocupar la cama 181 del 2º Servicio de Cirugía. Examinado, presentaba: deformación torácica; tumefacción del hígado; gran sensibilidad á la más leve presión hecha en la región hepática, sobre todo en su porción posterior. La escapulalgia era poco marcada; en su lugar tenía gran dolor al nivel del coxis. La fiebre era continua con exacerbacionas vesperales. Buscamos edema, y lo encontramos localizado al nivel del 6º espacio intercostal derecho, como á cuatro traveses de dedo por fuera de la línea de las apófisis espinosas.

Practicada una punción exploratriz en la región anterior no dió ningún resultado; pero habiéndola hecho en el punto en que el edema era evidente, obtuvimos una regular cantidad de pus. En consecuencia el foco se encontraba en el borde posterior del hígado.

El día 14 de abril fué operado, abordando la colección purulenta á través de la parte posterior del tórax; salió media libra de pus concreto y ligeramente fétido. Colocóse un buen drenage lavando la cavidad con una solución tibia de cloruro de zinc al 2 por ciento. Al cabo de 12 días el enfermo estaba muy bien; los tubos fueron quitados y sustituidos por pequeñas mechas de gasa yodoformada impregnadas en naftol alcanforado. Salió del Hospital el día 29 de abril. Ultimamente hemos tenido oportunidad de verlo y está sumamente robusto, sin el menor dolor en el hipocondrio derecho.

En este caso se ve claramente que el paludismo y la disentería produjeron la infección hepática. Como causas ocasionales encontramos las privaciones, el uso de malos alimentos y malas bebidas, siendo de notar que este individuo no tiene hábitos de etilismo. Además, es el único caso que hemos observado en que el absceso estaba en el borde posterior, siendo el dolor irradiado al sacro y coxis muy significativo. La curación fué súmamente rápida quizá debido en parte á la fácil evacuacicn del pus por el declive que en el decúbito dorsal tenía. Por más que el foco estaba alto no hubo el menor síntoma de complicación torácica.

Observación III.—(Suministrada por el Dr. don Juan I. Toledo). L. V., de 70 años de edad, es bien constituido y ha gozado siempre de buena salud. En agosto del año de 1896 experimenta los primeros síntomas de una hepatitis probablemente de origen palúdico. Consistían éstos principalmente en desórdenes gastro-intes-

tinales, falta de apetito, sensación de plenitud después de las comidas, somnolencia y falta de aptitud para los trabajos habituales.

Al examen local, el enfermo no presentaba más que un ligero infarto de la glándula hepática, que aún no desbordaba las falsas costillas.

El estado general del enfermo presentaba la decadencia de un individuo francamente palúdico.

El tratamiento consistió en inyecciones de quinina para combatir la fiebre que entonces simulaba un acceso palúdico de forma intermitente cuotidiana. Los desórdenes gastro intestinales fueron combatidos con una medicación tónica y digestiva.

En noviembre del año de 1897 el enfermo se presenta con síntomas de una hepatitis enteramente pronunciada. La fiebre se observa con temperaturas que oscilan entre 38° y 40°; simula accesos palúdicos de forma subintrante, regularmente con dos accesos durante el día; esta fiebre va precedida de ligeros escalofríos y seguida de sudores profusos. Los desórdenes gastro-intestinales se encuentran más pronunciados; el apetito es nulo, la sed ardiente, las digestiones súmamente difíciles, la constipación es habitual, aunque algunas veces suelen presentarse evacuaciones abundantes de forma diarreica. El tinte del enfermo es sub-ictérico, notándose principalmente una ligera coloración amarillenta de las conjuntivas; la coloración de la piel es terrosa y anémica. Al examen local, se presenta el hígado á la palpación aumentado de volumen y doloroso á la presión, cuyo dolor se irradia hacia la escápula derecha; la zona de macicez se encuentra aumen-

tada tanto en el diámetro esternal como en el mamilar y axilar; hay ligero edema comprimiendo fuertemente los espacios intercostales. Sinembargo de que los síntomas de una supuración hepática se presentan claramente, para disipar toda duda se prescriben al enfermo inyecciones masivas de quinina; se combaten en detalle los síntomas gastro-intestinales y se aconseja al enfermo una temporada á la Antigua, donde sigue este régimen durante casi tres meses.

Este régimen no produce ninguna mejoría en el estado del enfermo, y este vuelve á Guatemala con el objeto de hacerse operar, pues ya la supuración del hígado es tan clara que todos los síntomas saltan á la vista. La operación se practica en febrero del año de 98. El enfermo, convenientemente preparado, sufre la operación simplemente con inyecciones de cocaína. Una larga incisión es practicada paralelamente al reborde costal, comprendiendo la piel y todos los planos de la pared abdominal. Se intenta colocar algunos puntos de sutura antes de incidir la glándula; mas como esta se encuentra sumamente friable y como por otra parte había contraído adherencias á la pared abdominal, se prescinde de los puntos de sutura y una segunda incisión abre anchamente el foco purulento. Una gran cantidad de pus sale á flotes por la incisión practicada, cuya cantidad se evalúa poco más ó menos en $1\frac{1}{2}$ litros de un pus negruzco y fétido. Por medio de irrigaciones de agua bórico–fenicada, se asea el foco de supuración y se rellena con gaza fenicada.

El estado del enfermo mejora inmediata-

mente, pues la temperatura cae á la normal ó se presenta con ligeras intermitencias que no pasan de 38°; los escalofríos y sudores profusos, no vuelven á aparecer y se disipan también el dolor y el edema local.

Es de advertir que los desórdenes gastro–intestinales, se habían complicado con una entero–colitis disenteriforme, cuyo estado continuó aún después de la operación y agravó en mucho el estado del enfermo, ya sumamente extenuado.

Las curaciones se practican diariamente con grandes irrigaciones de agua bórico-fenicada unas veces, y otras con tintura de iodo en disolución y tubos de drenage. Así la supuración se agota cada día hasta que al fin desaparece, y sólo sale por la herida un detritus que parece formado por la descamación de la misma glándula y por último se quita completamente; cicatrizándose la herida á medida que la supuración disminuye. El estado general del enfermo se ha levantado muy lentamente, debido á que el aparato digestivo no funciona regularmente y el paciente no se ha alimentado sinó de una manera incompleta, hasta que por último, bajo la influencia de un régimen tónico, de la dieta láctea, el enfermo vuelve casi á su estado normal y abandona la Capital para dedicarse á sus trabajos en la Costa.

Este enfermo ha tenido una nueva hepatitis supurada, después de un año de gozar de una perfecta salud; mas la circunstancia de haber vuelto á la Costa, donde contrajo su primera enfermedad, y donde probablemente siguió expuesto á las mismas causas que originaron la primera, contribuyó á que la afección recidivara.

Ha sido vuelto á operar el día 5 de abril del corriente año.

Obsevación IV.—*Absceso de la cara convexa, consecutivo al paludismo.— Muerte.—Autopsia.*— Segundo Servicio de Medicina de Hombres.—N. N., natural de Amatitlán, de 37 años de edad, carpintero, ingresó al Hospital el día 10 de septiembre de 1,898, ocupando la cama número 60.

Refiere que durante más de un año hace que padece de *fríos* y *calenturas* y del *bazo*. Cada vez que se baña en la laguna (cosa que no hace muy amenudo) le dan los fríos y las calenturas hasta quince días consecutivos.

Dice que viene á curarse de un fuerte dolor en el hígado y de los muchos asientos diarréicos que no le dejan ni un momento de descanso. El dolor hace como once días que le principió. Se queja también de mucha tos y del dolor del lado derecho que le sube al hombro.

En el momento del examen, presenta: gran enflaquecimiento; piel de color terroso, amarillenta; afonía casi completa; dificultad para hacer el más pequeño movimiento; temperatura de 36°4; pulso pequeño y filiforme; asientos diarréicos abundantes y numerosos. El hígado sumamente doloroso, presenta gran hipertrofia; hay edema generalizado á toda la región jecoral; auscuntándola se percibe con mucha claridad el frote de Hessler y Boisson. Acompañados del Interno de ese servicio, Br. don Leoncio Palacios, practicamos una punción y obtuvimos una regular cantidad de pus.

Avisado el Jefe del Servicio del resultado obtenido, y habiéndole propuesto su Interno que

pasasen el enfermo a Cirugía para que lo operasen, no dió su consentimiento, limitándose á combatir ciertos síntomas. Como era de esperarse, el pobre paciente murió el día 18 de setiembre en el marasmo más profundo, y sin haber presentado ningún signo de propagacióndel pus hacia el tórax.

Acompañados de nuestro amigo Palacios, practicamos la autopsía y encontramos: abierta la cavidad abdominal: una multitud de sólidas adherencias entre el hígado y el diafragma. Ese, considerablemente grande, presentaba un color ligeramente amarillento en algunos puntos; su tejido, friable, se desgarraba con las uñas. Al tratar de separar las adherencias, saltó un chorro de pus en forma de surtidor; la cantidad que se evacuó fué como de dos libras y media. Con ambas manos cojimos el parenquina hepático y al comprimirlo salieron multitud de grumos negruzcos, casi inodoros, quedando una verdadera bolsa en lugar de la glándula. Era casi una vejiga, tan adelgasadas estaban sus paredes. Nos cupo en su interior, muy libremente, la mano derecha cerrada.

Abierta la cavidad torácica, comprobamos fuertemente hiperhemia en la base del pulmón derecho, y notamos que el diafragma al nivel del absceso hepático, estaba muy friable y de color pálido con relación al resto. Todos los otros órganos en perfecto estado, salvo el bazo que estaba fuertemente hipermegalizado.

Vemos en este caso, pues, que la única causa capaz de dar origen á la supuración hepática era el paludismo; que no había fiebre sino más bien hipotermia, probablemente á causa de los grandes

desórdenes que la glándula había experimentado, aboliendo así, la participación que en los fenómenos de calorificación tiene; que el absceso tenía fuertes tendencias de abrirse en el tórax, y por último que la no intervención quirúrgica es una conducta que no debe seguirse, por que el enfermo, operado oportunamente, no se habría muerto.

OBSERVACIÓN V.—Absceso de la cara convexa. Operado por el Dr. don Juan I. Toledo. Curación: Casa de Salud de hombres.

E. P., natural de Guatemala, de 42 años de edad, casado, regularmente constituído, de profesión escribiente, ingresó á la Casa de Salud el día 4 de mayo de 1898.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Solamente recuerda que uno de sus hermanos murió de una enfermedad del pecho, y respecto á sus padres no dice sino que padecieron de enfermedades muy ligeras, muriendo á una edad muy avanzada.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Ha tenido varias veces disentería que él atribuye á la posición sentada que tiene que guardar durante una gran parte del día. Jamás ha tenido fríos ni calenturas, pues sólo ha ido á la costa de temporada por poco tiempo. Consecutivamente á la disentería, ha sufrido también de hemorroides que se le reducen con gran facilidad. Hace como veinte días que principió de nuevo con asientos pequeños y ligeramente teñidos de sangre, con gran tenesmo rectal y escalofríos seguidos de calenturas. Llamó á un Facultativo, quien con las píldoras de Segond lo puso bueno en breve tiempo. No obstante le quedó una tosecita muy seca, de la cual nunca

había sufrido, y mucho dolor en el hombro derecho. Pasaron seis días y viendo que ese dolor ni se le quitaba ni se le disminuía, decidió ir á la Policlínica de los Doctores Ortega, y allí le pusieron puntos de fuego en el sitio doloroso. El no se quejaba de ninguna otra cosa, pues sólo eso sentía. El dolor continuó y junto con él la fiebre, los sudores abundantes. Llamó al mismo facultativo que en un principio le viera, y comenzó á tratarlo; por más que lo hacía enérgicamente, los síntomas no cedían un palmo, agregándose uno nuevo, el dolor sordo en el hipocondrio derecho.

Al siguiente día fué conducido á la Casa de Salud.

Estado actual.— El enfermo se presenta con un tinte terroso de la piel claramente marcado; las conjuntivas levemente teñidas de amarillo; la respiración anhelosa. Estando de pie, se le ve inclinarse á la derecha y adelante, el hombro caído, la temperatura es de 37°6; tiene 70 pulsaciones por minuto; las primeras vías digestivas están muy saburrosas; el examen del hígado, da hipertrofia con ligera hepatoptosis; edema localizado al 9º espacio intercostal anterior; sensación de fluctuación profunda; frotes perihepatíticos marcados. El pulmón derecho presenta en su base gran resonancia; egofonia; estestores subcrepitantes difusos y un tenue soplo anfórico propagado á la columna lumbar. La expectoración, no muy abundante, está teñida de sangre. Los sudores son abundantes. La sed es viva. No duerme. Tiene muy poco apetito y la escapulalgia es intensa. Las orinas sólo dan como elemento anormal la presendel indicán. Se le prescribió ese día un purgante

de calomelanos é inyecciones de quinina. La temperatura de la tarde fué de 38°4.

DIAGNÓSTICO.—En vista del cuadro sintomático anterior y esperando confirmarlo á la punción, se formuló el diagnóstico de *absceso hepático* incompletamente abierto en los bronquios. Al día siguiente se hizo una punción que fué negativa; luego otra con el mismo resultado; pero á la tercera, hecha profundamente, se obtuvo buena cantidad de pus bien caracterizado. Ese mismo día, 6 de mayo, fué operado haciendo resección costal, hepatopexia y hepatotomía. Salió libra y media de pus muy fétido, con ligero olor fecal. Desde el día de la operación el enfermo pudo dormir; tosió muy poco; el dolor en el hombro desapareció.

En los días subsiguientes se le curó haciéndole pequeños lavados con soluciones antisépticas, teniendo cuidado de no prolongarlos mucho. Poco á poco el enfermo fué recuperando su salud hasta que salió del Establecimiento, aunque con la herida operatoria no completamente cicatrizada.

En este caso encontramos solamente como causa de la hepatitis, la disentería á repetición de que padeció el enfermo durante varias veces. Vemos también que la escapulalgia fué el primer síntoma que se presentó mucho antes que el punto de costado hepático; y por último, es de notar la eficacia de la intervención quirúrgica.

OBSERVACIÓN VI.—Absceso tropical del hígado.—Laparotomía lateral.—Hepatotomía.—Drenage.—Curación.—Operado por el Dr. Juan J. Ortega. (Observación publicada en "La Escuela de Medicina" por Rodolfo Espinosa R. 1898).

El día 14 de agosto del presente año ingresó á la Casa de Salud W. R. Y., norte americano, de 26 años de edad, bien constituido y residente en el puerto de San José. Viene á curarse de una fuerte *calentura* que hace diez días le principió, con ligeros escalofríos, pérdida del apetito (anorexia), dolor de cabeza (cefalalgia), insomnio, lasitud, etc., y dice haber tomado mucha quinina durante el tiempo que estuvo enfermo en el puerto.

ANTECEDENTES PERSONALES.—No recuerda haber padecido de ninguna enfermedad: nunca ha tenido disentería. Ha sido muy aficionado á las bebidas alcohólicas.

EXAMEN DEL ENFERMO.—En la tarde del dia 14 fué examinado por el Interno del Servicio quien, dados los antecedentes, sospechó que se trataba de un acceso de paludismo, por lo cual le puso dos inyecciones hipodérmicas de clorhidrosulfato de quinina. La temperatura fué de 39.°9. El día 15 fué examinado por nuestro Jefe de Clínica, Dr. don Juan J. Ortega, quien instituyó un tratamiento antipalúdico y se siguió observando el curso de la enfermedad.

Temperatura por la mañana, 38.°4; por la tarde, 39°. Durante cuatro días, es decir, hasta el 19, la temperatura oscila entre 38° y 39°, con ligerísimas remisiones matinales. El día 20 la temperatura de la mañana es de 40.°9, el paciente acusa una sensación de peso en el hipocondrio derecho y á la percusión el hígado se encuentra hipertrofiado. Para combatir el síntoma hipertermia, el Jefe del servicio ordena darle baños principiando ese mismo día, y además se le pone

un cáustico en la región hepática. En vista de la poca acción que la quinina ejerce, se suspenden las inyecciones. Merced á la balneoterapia, la temperatura desciende hasta 38°, pero entonces aparecen nuevos síntomas y signos, como gran dolor en el hipocondrio derecho irradiado sobre toda á la escápula del mismo lado, que se exaspera á la presión y deja percibir, aunque levemente, el edema de dicha región. Rigurosa antisepsia del tubo intestinal é inyecciones de morfina, para combatir el dolor.

El día 23 la temperatura ha bajado á 37°6, pero el dolor ha aumentado y se ha circunscrito mucho, lomismo que el edema: presumiendo se tratara de un absceso del hígado, se hizo una punción con una aguja.trócar larga que se adapta á la jeringa de Pravaz, pero no dió ningún resultado. El dolor siempre en aumento: se ponen enemas con cloral para mitigarlo.

En los días 24 y 25 la temperatura ha permanecido entre 37°,2 y 37°5. El 26 se repiten las punciones sin ningún resultado.

El día 27 el dolor está más fuerte que nunca. La cefalalgia frontal es intensa y el edema de la región, marcado: se practica una nueva punción con un trócar que se adapta perfectamente bien á la jeringa de Pravaz de 10 gramos, y se obtiene un centímetro cúbico de un pus cremoso. Por la tarde el enfermo tiene repetidas lipotimias, muchos vómitos, probablemente á consecuencia del cloroformo que se administró para hacer la punción, y *se declara una ictericia* intensa. Se decide operarlo al día siguiente.

Diagnóstico.—Despuás de rigurosa observa-

ción y dados los síntomas y signos enumerados anteriormente, se llega al diagnóstico de "absceso superficial y voluminoso del hígado que comprime las vías biliares."

Tratamiento.—Operación.—Día 20.—Hecha la asepsia del campo operatorio, cloroformizado el enfermo, nuestro Jefe procede de la manera siguiente: practica una incisión vertical de ocho centímetros de longitud, que pasa por el punto en que se hizo la última de las punciones; divide capa por capa hasta llegar al peritoneo, el cual es también incindido con gran precaución, y de este modo queda el hígado al descubierto. Entonces se punciona con un trócar de gran diámetro y principia á salir un pus muy cremoso, sin ninguna fetidez; pero el calibre del trócar era insuficiente para dejarlo pasar y se prefiere hacer una ancha incisión con el bisturí; practicada ésta, sale con fuerza todo el pus, el cual fué evaluado poco más ó menos en dos libras. Se puso un drenage formado por dos tubos, uno agujereado y otro nó; se suturó la pared y se puso un apósito de gaza yodoformada.

En los días siguientes ha continuado saliendo bastante pus; la temperatura ha sido normal. excepto el día 4 de septiembre en que hubo una elevación á 39° debida á una fuerte saburra gástrica que fué combatida por medio de un purgante salino.

Los tubos de drenage se han ido sacando poco á poco, y, por último, se han sustituido por mechas de gaza yodoformada embebidas en naftol alcanforado y hoy el enfermo se encuentra perfectamente bien.

Reflexiones.—1ª Desde el punto de vista etiológico, es de observar que dos han sido en el presente caso las causas de la enfermedad: el paludismo y sobre todo los excesos alcohólicos, la causa más común en producir abscesos hepáticos, según Harley.

2ª El diagnóstico, fácil en algunos casos, es en otros sumamente difícil; la asociación de los síntomas siguientes da gran certeza:

a) Escalofríos sobreviniendo brnscamente sin dolores paroxísticos.

b) Coexistencia de un estado febril bien marcado, revistiendo más un carácter tífico que palúdico.

c) Extrema postración acompañada de alteraciones gástricas.

d) Existencia de una causa de absceso hepático: como excesos, sobre todo alcohólicos, disentería, cálculos biliares, ulceraciones intestinales, blenorragia, etc.

e) El aumento de volumen del órgano.

f) La tumefacción.

g) El edema localizado en el punto hacia el cual el absceso tiende abrirse.

h) El dolor al nivel del hipocondrio derecho con irradaciones á la escápula del mismo lado: este dolor es tanto más fuerte cuanto más superficial es el absceso; así, si en un caso, correctamente diagnosticado, el carácter del dolor cambia; si de sordo y sub-agudo se hace agudo, intolerable, se puede afirmar que el pus ha llegado á la superficie del hígado, lo cual es muy favorable.

i) En fin, tenemos como medio de diagnóstico la punción exploratriz, que debe usarse sin temor,

porque no sólo es inocente *sino que en muchos casos es benéfica.*

3ª Aunque el tratamiento médico da buenos resultados cuando el absceso está en vías de formación, es casi siempre al quirúrgico que debemos recurrir, empleando el procedimiento descrito; por más que la abertura en un tiempo, como lo hace Stromeyer-Little, sea buena cuando se tiene plena seguridad de que haya adherencias que resguarden al peritoneo. (Esta observación fué escrita en setiembre de 1897.)

Observación VII.—Absceso del hígado abierto en la cavidad torácica. Pleurotomía. Curación. Operado por el Doctor don Juan J. Ortega. (Observación suministrada por el Br. don Antonio Macal.)

V. R. de 30 años, casado, agricultor, entró al 2º Servicio de Clínica Quirúrgica el 14 de setiembre de 1898, quejándose de dolores agudos y un tumor sobre el lado derecho del abdomen.

Antecedentes.—Interrogado que fué el enfermo, refiere: que hace 15 años vive en la costa de Patulul; que hace 3 sufrió de una disentería que le duró 10 meses; quo sufrió una caída de caballo, golpeándose el lado derecho del abdomen; que toma aguardiente con alguna frecuencia y, por último, que tres meses atrás empezó a sentir un *peso* sobre el hígado que le impide trabajar.

Síntomas.—Al ser examinado el enfermo por el Jefe del Servicio, presentaba los síntomas siguientes: á la percusión se notó que la zona de matitez del hígado estaba notablemente aumentada y dolorosa á la presión; la inspección exterior puso de manifiesto, deformación pronunciada

de la parte inferior del tórax, marcada sobre todo debajo del ángulo del omóplato derecho y la percusión á este nivel, dió un sonido mate; se observó, además, sensibilidad marcada, fluctuación y edema. La piel de todo el cuerpo tenía una coloración amarillenta, sobresaliendo en la esclerótíca. Sobre el hombro derecho acusaba dolor casi continuo; la respiración dispneica. El termómetro señalaba 38º2. Fiebre remitente. El Interno del segundo servicio de Medicina, que el día anterior recibió al paciente, practicó una punción exploradora dando como resultado la salida del pus.

Diagnóstico.—Guiados por los síntomas enumerados: aumento de volumen del hígado, matitez que pasaba tanto por delante coma por detrás la normal de dicho órgano; deformación de la región, el edema, la dispnea, la escapulalgia del lado derecho, dolor y sensación de peso que el enfermo experimenta en la base del tórax, del mismo lado y parte de los flancos; la fiebre; los antecedentes de disentería y por último la salida de pus por la punción exploradora, al nivel del 8º espacio intercostal, todos estos síntomas indujeron á creer que se trataba de un absceso del hígado, abierto en la cavidad torácica.

En vista del mal estado general del enfermo se procedió el mismo día de su ingreso al Servicio (14 de septiembre) á la abertura y evacuación del foco principal. Para esto, y previa antisepsia rigurosa del campo operatorio y útiles necesarios, y cocainizada la región, se hizo una incisión de 7 centímetros al nivel del 9º espacio intercostal, que llegó hasta el foco, pues inmediatamente salió

un chorro de pus espeso y amarillento, pero sin mal olor; la cantidad de éste fué aproximadamente de 2 á $2\frac{1}{2}$ litros. A medida que salía, el enfermo experimentaba un bienestar notable y la respiración poco á poco fué haciéndose menos fatigosa. Cuando se creyó haber sacado una cantidad suficiente, se hizo un buen lavado de toda la cavidad con agua boricada; se suturó parte de la herida dejando dos tubos de desagüe en forma de cañones de fusil y se sujetó una curación seca con un vendaje de cuerpo.

Al día siguiente la temperatura había bajado; la dispnea era menos marcada; el estado general, satisfactorio.

Como sería larga la relación diaria de lo que se fué pasando durante el tiempo que duró la curación, me limitaré á decir que: con ligeras alteraciones en el estado general del paciente y aunque con lentitud, el enfermo recuperó su salud. Las curaciones consistían en grandes lavados con agua bórica tibia; se hacían diariamente y el paciente pidió su alta el 10 de octubre completamente curado.

Observación VIII.—Hepatitis aguada.—Hepatocentesis.—Curación.—1.er Servicio de Medicina.—N. N., natural de Guatemala, residente en la misma, de 36 años de edad, soltero, bien constituído, carpintero de oficio, ingresó al Hospital General el día 20 de mayo de 1898. Viene á curarse del hígado, como él mismo dice. Siempre ha vivido en la capital; no ha padecido de ninguna enfermedad, confesando expontáneamente que es muy aficionado á las bebidas alcohólicas. Diez días antes de ingresar al Servicio le principió un

dolor muy agudo en el lado del hígado, *dolor que le sube á la paleta* (hombro) y fuerte calentura.

Después de regresar de la campaña del 97, fué atacado de disentería, que después le repitió en el mes de noviembre del mismo año. Desde entonces no volvió á enfermar, sino hasta hace unos pocos días, después de haber tomado mucho licor.

El examen da los siguientes datos: temperatura, 38°6; lengua fuertemente saburral; región hepática muy dolorosa á la menor presión; hay hipertrofia, pero no deformación ni edema; pulso frecuente, amplio y regular; hay intensa cefalalgia; las orinas disminuídas, no contienen ningún elemento anormal; la urea está considerablemente aumentada; el aparato respiratorio en perfecto estado; el punto de costado y la escapulalgia son muy intensos, Hecho el diagnóstico de hepatitis aguda, se le prescribió un purgante de calomelanos con jalapa, primero, y después una poción bromurada para calmar el dolor. Al día siguiente encontramos la lengua más limpia; mas los otros síntomas habían persistido, aumentando la fiebre y haciéndose cada vez más evidente la tumefacción del hígado. Practicóse un punción al nivel del 7º espacio intercostal, siguiendo el diámetro axilar anterior: no dió resultado. Por la tarde la temperatura era normal; el dolor estaba disminuído; se había declarado un fuerte tinte ictérico sobrevenido rápidamente después de la hepatocentesis. Pensamos en una colerragia interna á consecuencia de una picadura de la vesícula; pero el sitio anatómico nos hizo desechar esa idea. Repítesele el purgante, dejándole además, antisépticos intestinales. Cuatro días estuvo apirético

y con poco dolor. La icteria disminuyó considerablemente; pero al poco tiempo la fiebre recuperó sus derechos. Entonces se hizo una nueva punción que, negativa como la primera, produjo nuevo alivio en los síntomas de la enfermedad. Al cabo de seis días, viendo que la temperatura, aunque baja, pues oscilaba entre 37°6 y 38°, siempre tenía exacerbaciones vesperales, y no cedía á la quinina, se repitió la punción haciéndola profundamente en la región posterior, sin que fuese más afortunada que las anteriores. Fué la última, por que desde entonces la fiebre se quitó, lo mismo que la escapulalgia, la ictericia y la cefalalgia, excepto el punto de costado que aún lo tuvo durante 10 días más. El paciente, completamente bien, pidió su alta el día 20 de junio, prometiendo no seguir tomando licor.

Observación IX.—Hepatitis aguda.—Hapatocentesis.—Curación.—Primer servicio de Medicina. N. N., natural de Francia, residente en Escuintla, de 32 años de edad, soltero, bien constituido, comerciante, ingresó al Servicio el día 12 de febrero de 99. Viene á curarse de calenturas que le están dando particularmente en la tarde, de malestar en el estómago y dolor en el hígado.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió en Panamá de fiebre amarilla; su madre vive aún gozando de buena salud.

Antecedentes personales.—No recuerda haber estado enfermo; sólamente hace año y medio fué atacado de una fiebre que le duró como 23 días, á consecuencia de la cual quedó muy débil y se le cayó el pelo. Esto fué en Escuintla, lugar en donde vive desde hace tres años: sospechamos

que fuese tifoidea. No ha sido aficionado á las bebidas alcohólicas. Aunque viviendo en un lugar palúdico, después de esa fiebre á que ya hemos hecho referencia, nunca había tenido fríos ni calenturas.

Estado actual.—Doce días antes de ingresar al Servicio, sintió que le daba un fuerte frío y después calentura; se le quitó el apetito y el hígado se le puso doloroso. Creyendo que ésto sería pasajero, se tomó un purgante salino el primer día y después seis cápsulas de quinina. Lejos de sentir ninguna mejoría, ésa le provocó asientos con mucho tenesmo y ligeramente salpicados de sangre. Estuvo tomando *cosas frescas* durante cinco días más, pero ni la calentura, ni los asientos, ni el dolor se le quitaban. En este estado, llamó al Médico de la población, prescribiéndole una bebida que él cree fué de ipecacuana, pero ningún resultado consiguió.

Fué entonces que decidió venirse á este Hospital.

En la tarde que le examinamos, la temperatura era de 39.°4; el hígado estaba tumefacto y doloroso; había edema localizado al nivel del reborde costal; fuerte escapulalgia y dolor en el hipocondrio derecho; á la auscultación, ligeros frotes; la lengua fuertemente saburral; los asientos pequeños, frecuentes y muco-sanguinolentos. Como ya había tomado un purgante, le prescribimos 6 píldoras de Ségond y una tisana albuminosa. Por la mañana del siguiente día, los asientos se habían modificado mucho, pero la fiebre persistía elevada. Se le pusieron tres inyecciones de quinina. Creyendo firmemente que se

trataba de una hepatitis supurada, se hizo una punción al nivel del punto en que el edema era ostensible; después de introducir como seis centímetros la aguja, y viendo que la jeringa no se llenaba, cambíamos la dirección sin sacarla y la hicimos más profunda pero sin resultado. Sacamos la aguja manchada ligeramente de pus achocolatado, pero en tan exigua cantidad que no nos fué posible recogerlo. Vimos después que la aguja estaba completamente obstruida, por descuido nuestro. No se procedió inmediatamente á hacer una nueva punción por no fatigar al paciente, aplazándola para el día siguiente.

Cuando nosotros pasamos la visita de la tarde, el enfermo no estaba en su cama ni en el Hospital. Preguntamos á los de los lechos vecinos, y nos dijeron que *el francés* había cojido un miedo horroroso no sólo á la picadura sino también á la operación de que él oyó hablar, habiéndose huido del Establecimiento. Así fué: el enfermo no volvió á aparecer. Ultimamente, á mediados de marzo, lo encontramos en la calle, perfectamente de salud, sin ningún dolor en el hígado ni en el hombro, riéndose de la despedida *á la francesa* que le hizo al Primer Servicio de Medicina.

Observación X.—Absceso de la cara cóncava del hígado.—Abertura en el estómago.—Muerte.—Casa de Salud de Hombres.—Cuarto F.—N. N., natural de Francia, de 46 años de edad, casado, regularmente constituido, residente en Santa Lucía Cotzumalguapa, ingresó el día 10 de octubre de 1897. Se queja de gran debilidad, diciendo que *nada le duele*, pero que se siente sin aptitud

para emprender el más mínimo trabajo. No tiene ningún antecedente patológico; siempre ha sido sano. Examinado, se encuentra: tinte amarillo terroso de la piel; conjuntivas decoloradas; mucosa labial pálida; aparato digestivo casi normal, excepto un poco de anorexia, frecuentes pirosis y vómitos abundantes. Aparato respiratorio, normal; corazón hipertrofiado sin haber tenido jamás palpitaciones ni fatiga; tiene insomnio.

Buscamos el origen de tal depresión orgánica y no la encontramos. El hígado completamente normal. No había tenido fiebre ni un solo día, siendo así que su enfermedad databa de tres meses. En resumen, los únicos síntomas eran: vómitos repetidos; debilitamiento de las fuerzas y color amarillo terroso de la piel. Con este cuadro tan pobre en datos y con el antecedente de proceder de un lugar eminentemente palúdico, diagnosticóse ANEMIA PALÚDICA, instituyendo un tratamiento apropiado: ferruginosos, arsenicales y estrícnicos. El enfermo estuvo en la Casa de Salud 10 días, al cabo de los cuales, sintiéndose lo mismo, decidió pedir su alta (no pudiendo observarse). Al fin del cuarto día de haber salido, tuvo un abundante vómito de pus achocolatado, con poca fetidez, muriendo á los pocos minutos en el colapso.

OBSERVACIÓN XI.—Absceso del hígado, abierto en el colon.—Operado por los Doctores Alvarez y Arton.—Curación.—Se trata de un hombre bien constituido, de 25 años de edad, sastre, soltero, que siempre ha vivido en la Capital,no teniendo absolutamente ningún entecedente patológico hereditorio ni personal. Durante casi todo el

año de 1895 estuvo mal de salud, sintiendo un pequeño estorbo en el lado del hígado; diarreas pasajeras, pequeñas calenturas y falta de apetito. A principios de 1896 todos esos síntomas aumentaron considerablemente de intensidad y el enfermo andaba con el cuerpo muy inclinado. En febrero de ese año, empezó á sentir que le daban más fuertes las calenturas precedidas de pequeños escalofríos, los cuales se hicieron muy frecuentes dándole hasta cuatro en el día. Fué entonces que guardó cama y lo asistieron los Doctores Alvarez y Arton. Presentaba algunos síntomas de hepatitis como hepatalgia, escapulalgia, tumefacción de la glándula, etc., los cuales se fueron marcando cada día más hasta que se confirmó el diagnóstico de hepatitis supurada. Decidiose operarlo. Dos ó tres días antes de hacerlo tuvo cámaras purulentas y el aumento de volumen del hígado disminuyó mucho. Con todo y éso, se abrió quirurgicamente, dando salida á una considerable cantidad de pus. Desde entonces la purulencia de los asientos se quitó, mejorando cada día más el paciente hasta su completa curación. Hoy goza de perfecta salud.

Observación XII.—Absceso colosal de la cara convexa del hígado.—Operado por el Dr. Juan J. Ortega.—Enfermo caquéctico.—Muerte.—Autopsia.—3$^{er.}$ Servicio de Medicina de Hombres.—R. S., natural de Norte América, residente en el puerto de San José, ocupado en levantar pesados fardos para llevarlos al muelle; de 27 años de edad, antes regularmente constituido pero hoy completamente demacrado, ingresó al 3$^{er.}$ Servicio de Medicina el día 14 de mayo de 1897.

Llegó al Servicio en un estado de caquexia tal, que apenas pudo dar algunos datos acerca del principio de su enfermedad. Cuenta que hace como tres meses que no puede trabajar porque se lo impedían las calenturas y el dolor en el lado derecho; que ha sido consumado bebedor, pasando muchos días sin comer; que, fuera de una que otra blenorragia, no había sufrido hasta entonces de ninguna enfermedad. Dice que la calentura que en estos últimos meses ha tenido, no ha sido como las que otras veces le había dado en el puerto, pues no *le sale.* Examinado, presenta: estado de demacración completa; tos frecuente sin expectorar sinó sólo mucosidades; gran abultamiento de la región jecoral; edema general en la zona enunciada; borramiento de los espacios intercostales; aumento considerable de volumen del hígado. Como la tos era muy fuerte, los sudores profusos y el estado de enflaquecimiento pronunciado, se pensó que al mismo tiempo que una hepatitis supurada, existiría la tuberculosis pulmonar; pero no, además de faltar los antecedentes relativos á esta enfermedad, el examen del pulmón, nos mostró que de su parte no habia alteración de ningñn género.

Hízose una puncián exploradora practicada sobre la línea mamilar, á cuatro traveses de dedo por debajo da la tetilla, y salió una gran cantidad de pus. El Jefe de ese Servicio, Doctor don Francisco Lowenthal, invitó al señor Doctor don Juan J. Ortega para que lo viese, y ambos decidieron operarlo, no obstante, el mal estado general, para ver si por excepción se salvaba. Fué practicada la operación el día siguiente, conforme

el proceder de Luis Stromeyer-Little, por el hecho de que el absceso estaba casi subcutáneo. Salió gran cantidad de pus. Hízose el apósito conveniente. Al cabo de seis días él enfermo murió, víctima de los progreso de la ya avanzada caquexia. Practicada la autopsía, se encontró: hígado enormemente distendido por una vasta colección purulenta; el órgano estaba reducido á una capa delgadísima, íntimamente unida á la cápsula de Glisson. El pulmón derecho, normal.

Observación XIII.—Absceso de la cara convexa del hígado. Diagnóstico precoz. Operado por el Doctor don Juan I. Toledo. Curación, El día 16 de febrero de 1899, llegó al 1er Servicio de Medicina de hombres, F. N. natural de Guatemala, de 36 años de edad, sastre de profesión, soltero, regularmente constituido. Viene á curarse de un dolor muy fuerte que tiene en el hipocondrio derecho, dolor que hace solamente siete días le principió al hacer un esfuerzo.

Antecedentes hereditarios; sus padres viven; de dos hermanos que tenía uno de ellos murió á consecuencia de la mala vida que llevaba, pues bebía mucha licor. Es lo único que recuerda. *Antecedentes personales.* Después que regresó de la campaña del 85, estuvo algún tiempo enfermo del estómago; después continuó bien hasta que en 1897 sufrió de *fríos y catenturas* contraídas en el Puerto de San José, en donde permaneció dos meses. Nunca ha tenido disentería.

Estado actual.—Ahora viene de Santa Lucía Cotzumalguapa, habiendo estado allí tres meses. Las calenturas le han repetido con gran intensidad. Refiere que hace siete días le empezó el

dolor de que ya hemos hablado, imposibilitándole dedicarse á sus ocupaciones habituales. El dolor continuo se le propagaba á la región postero-lateral del tórax. Cuando llegamos á examinarlo, estaba de pie, con la cabeza inclinada fuertemente hacia adelante y á la derecha, diciéndonos que desde el principio de su enfermedad ha tomado esa actitud porque de otra manera le aumenta el dolor. Presenta un ligero tinte subictérico. La temperetura es de 39°. Colocado en el decúbito dorsal, encontramos: hígado tumefacto y doloroso; ligeros frotes al nivel del reborde costal; deformación torácica apenas perceptible; espacias intercostales poco borrados; excursiones diafragmáticas amplias; ausencia de edema; la base del pulmón derecho sub-mate, estando el vértice perfectamente normal; bazo considerablemente hipermegalizado y doloroso; pulso fuerte, amplio y frecuente; no hay dispnea; la diarrea es abundante, sin tenesmo alguno y sin sangre; hay anorexia; la sed es intensa; la cefalalgia frontal, lo mismo; duerme poco. El examen de las orinas nos dió: cantidad, reacción y color, normales; no había indicán, albúmina ni glucosa; la reacción de Gmelin demostró la presencia de pigmentos biliares; la urea ligeramente disminuida.

Se le prescribió un purgante de calomelanos.

Diagnóstico. No obstante faltar la escapulalgia, el edema, etc., el conjunto de síntomas ya enumerado, nos hizo formular el diagnósico de hepatitis aguda, probablemente supurada.

Hízose una punción exploratriz al nivel del reborde costal sin ningún resultado. La tempe-

ratura de la mañana era de 38°. Al pasar nuestra visita de la tarde, encontramos al enfermo muy contento y al par que su alegría vimos que el cuadro clínico se había modificado favorablemente. En realidad la temperatura era normal (37,2°); el dolor había disminuido mucho; la cefalalgia también, aún la actitud había variado, pues el enfermo se puso en pie menos inclinado. Al día siguiente la mejoría se desvaneció; los síntomas recuperaron su agudeza y aparecieron abundantes sudores. De nuevo buscamos el edema y observamos que empezaba á hacerse ostensible en el punto en que habíamos practicado la hepatocentesis; repetida esta, extrajimos unas cuantas gotas de pus amarillento. En la tarde de ese día, la temperatura volvió á ser normal; al siguiente fué operado por el método de incisión capa por capa. En los días siguientes al de la operación, siguió saliendo pus, aunque en pequeña cantidad; el enfermo mejoró rápidamente, y hoy se encuentra bastante bien, aunque la herida nó ha cicatrizado por completo.

Observación XIV.—Absceso de la cara convexa del hígado.—Muerte.—2º Servicio de Medicina. Estando nosotros de guardia en el Hospital General, el día 14 de julio de 1898, fuimos llamados con urgencia del 2º Servicio de Medicina para prestar nuestros cuidados al enfermo N. N., que ocupaba el número 75 y que estaba asfixiándose presa de una violenta dispnea. Con la prontitud que el caso requería examinamos al paciente, hombre como de 43 años, natural de Chiquimula, residente en la misma, casado, jornalero, y encontramos: en la parte posterior del pecho matitez ab-

soluta del pulmón derecho, excepto en el vértice; en la anterior la zona mate principiaba dos traveses de dedo por encima del mamelón y descendía hasta el reborde costal; había edema y circulación complementaria debajo de la axila derecha; auscultando el pulmón notamos ausencia del murmullo respiratorio, soplo, egofonía y pectoriloquia áfona muy marcada; nada de particular en el izquierdo. Con este examen y los pocos datos que el enfermero nos dió (por que en la papeleta del paciente no había sentado ningún diagnóstico) formulamos el de *pleuresía derecha* con derrame purulento. (De la temperatura nada decimos porque no había cuadro termométrico en el lecho.) Desde luego pensamos que la toracentesis, por más que no fuera la operación indicada, era indispensable para combatir la asfixia que en tan grave situación tenía el enfermo. Decidimos practicarla ayudándonos nuestro apreciable compañero Leoncio Palacios, Interno de ese Servicio y que en esos momentos llegaba al Hospital. El nos indicó que no era de nuestra opinión, pues más creía que se trataba de un absceso hepático. Mucho nos hizo pensar su decir, pero encontramos tan acabado el cuadro sintomático en favor de una pleuresía, que convinimos en ver el resultado de la punción. La practicamos con la aguja número 3, haciendo la aspirarión con el aparato de Dieulafoy. Puncionamos á un trrvés de dedo por debajo del mamelón; al sólo penetrar el aspirador se llenó de una gran cantidad de pus achocolatado del cual extrajimos 500 gramos. Viendo que la punción tan alta daba este resultado, nos afirmamos en la idea de que se trataba de una pleu-

resía. Después de nuestra pequeña intervención, el enfermo se mejoró mucho. Al día siguiente fué pasado al 2º Servicio de Cirugía; examinado por nuestro Jefe de Clínica, Dr. Juan J. Ortega, corroboró el diagnóstico ya formulado por el compañero Palacios, y se decidió operarlo inmediatamente. Debemos advertir que el enfermo, aunque ya sin dispnea, estaba muy mal á consecuencia de los progresos de la supuración.

La operación, practicada siguiendo las reglas que en el cuerpo de este humilde trabajo hemos señalado, comprobó de la manera más brillante el buen diagnóstico hecho por el Interno del 2º Servicio de Medicina. Un gran absceso que había repelido fuertemente el diafragma, estaba situado en la cara convexa de la glándula; sin embargo, no había la más leve propagación de la purulencia hacia el tórax. Después de la operación el enfermo mejoró un poco; pero la supuración continuaba tan abundante como el primer día, debilitándolo cada vez más, hasta que terminó por matar al paciente.

Este caso, altamente instructivo, nos llamó mucho la atención por el silencio del órgano hepático, no obstante las profundas alteraciones de que era víctima.

Los dos síntomas que sirvieron de base al diagnóstico de hepatitis supurada (que nosotros desgraciadamente nó percibimos con claridad) fueron: el edema más acentuado en la región jecoral que en la torácica; y una sensación de fluctuación profunda (signo de Hessler y Boison) en el hígado. Además, entre los anamnésicos del paciente, había uno de gran significación patogénica; sufría de disentería muy á menudo.

Viendo el craso error que cometimos, nos preguntamos: ¿cuál fué la causa de la disminución del murmullo respiratorio, de la egofonía, de la pectoriloquia áfona que percibimos al nivel de la base del pulmón derecho? Probablemente existía también una pleuresía derecha concomitando con la hepatitis, caso que no pudimos comprobar por no haber practicado la correspondiente autopsia.

Observación XV.—Absceso tropical del hígado.—Observación tomada en el Hospital del Ferrocarril Central.—Clínica del Doctor Arton.

A. M., de 34 años, mestizo, natural de Jamaica, de buena constitución, ingresó á este Hospital el 25 de abril pasado.

Antecedentes hereditarios: ninguno.

Antecedentes personales: no es aficionado á las bebidas alcohólicas. A pesar de haber vivido 11 años en Panamá, y de trabajar en casi todas las costas de América como fogonero de vapores ó ferrocarriles, ha gozado siempre de muy buena salud; sin embargo, al examinarlo pude notar infarto, dureza y movilidad á la presión de los ganglios inguinales, y el enfermo refiere haber oído decir al Doctor que lo examinó en otro tiempo, que tenía un chancro.

Nunca ha sufrido lesiones traumáticas ni padecido de supuraciones abundantes.

Historia de la enfermedad.—En enero pasado se presentaron los primeros síntomas. Un dolor pasajero que sentía en ciertos momentos en la región del hígado, fué lo primero que llamó la atención del enfermo. Al marchar, experimentaba dolores, tracciones que se irradiaban hacia

atrás, aumentaba el dolor al acostarse por la noche y al comprimir la región. Tuvo después dolor en el hombro derecho, mucho mayor que el primitivo. No podía permanecer largo tiempe en una misma posición.

Hacia la misma época perdió el apetito, quedándole una sed insaciable, y notó que sus evacuaciones se volvieron blancas. A los ocho días de sentirse enfermo víno á este Hospital donde permaneció 19 días. A su llegada, le pusieron un cáustico y tomó ipecacuana y dos píldoras de masa azul, diarias, que le fueron aumentadas á 4. Sintióse mejorado y regresó á Escuintla. Como allá le volviera el dolor, vino á una de las salas de medicina del Hospital General. Le pusieron cáusticos en la región del hígado, tomó un purgarte y después sulfato de quinina. Salió al cabo de 26 días, y no sintiéndose enteramente bien, volvió al Hospital del Ferrocarril Central, donde siguió tomando masa azul y yoduro de potasio. Permaneció 25 días. Se creyó curado. Entra por tercera vez á este hospital el 25 de abril.

Del interrogatorio que le hice resulta: que no ha tenido fríos, ni vómitos, ni mal sabor en la boca, ni fiebre, ni disentería; que jamás se le ha hinchado el abdmen más que en la región del hígado, y que no ha arrojado sangre nunca, ni en los vómitos, ni por las narices.

En la actualidad lo primero que se nota en el enfermo es una gran demacración y una tinta sub-ictérica de las conjuntivas. A la simple vista se nota que el enfermo es presa de una dispnea considerable.

El tórax está deformado. Hay una tumefac-

ción muy marcada del lado derecho, en la región hepática, que comienza en el 6° espacio intercostal, deformando las costillas, y se extiende hacia la línea blanca y el hipocondrio derecho. La tumefacción es irregular en sus bordes, lisa en su superficie, y á la percusión es maciza en toda su extensión.

Siente el enfermo mucho dolor á las maniobras, y palpando, apenas se puede notar una parte ligeramente fluctuante por debajo del último cartílago costal. El aumento de volumen del hígado fué notado por el paciente desde que estuvo en el Hospital General.

La piel de la región está más oscura que la de las partes vecinas, y se notan en élla las impresiones de los cáusticos.

Pulmones sanos. Dificultad respiratoria producida por el aumento de volumen del hígado.

Estado del corazón: normal. 80 pulsaciones por minuto.

Bazo: no hallé aumento de volumen en él.

Tubo digestivo: lengua saburral, constipación.

Aparato urinario: examiné la orina para averiguar si había alguna lesión renal, si había albúmina, glucosa, ó elementos biliares. El análisis fué como sigue:

Cantidad en las 24 horas: 1 litro.

Color: normal, ambarino.

Aspecto: transparente en el momento de la emisión. Sin depósito.

Olor: normal.

Constitución fluída.

Reacción: ácida.

Filtré la orina. La tratá por el calor, no hubo precipitado. Con el ácido azótico, precipitado nulo; luego no tenía albúmina.

La traté por el licor de Fehling. Llevé éste á á la ebullición; quedó límpido y azul. Al contacto de la orina se puso amarillo verdoso, turbio, coposo; luego la orina contenia azúcar.

Traté la orina por el ácido clorhídrico y luego por el cloroformo; éste quedó incoloro, luego no había bilirubina. La traté después por el éter; éste no tomó el color verde de la biliverdina.

Verifiqué en seguida la reacción de Gmerlin, es decir, coloqué ácido azótico en un vaso, y vertí gota á gota la orina; no tomó la mezcla más que un color anaranjado. No hubo, pues, la reacción característica de los elementos biliares, que producen en el ácido azótico coloración verde, que se vuelve azul, violeta y rojo.

La orina, no tenía, pues, ni albúmina ni bilis, era trasparente, sin depósitas epiteliares y contenía azúcar. Las vías urinarias estaban en perfecto estado.

Busqué circulación venosa suplementaria y no hallé. Temperatura 36°4.

Diagnóstico.—Los síntomas que tienen valor diagnóstica en este caso son: el dolor que ha sentido el enfermo en la región hepática; el más fuerte aún de la escápula derecha (*) el *aumento de volumen* del hígado; y la *fluctuación*, aunque vaga, que se percibe en el hipocondrio derecho. Dichos síntomas inducen á pensar que se trata de un abs-

---

(*) El dolor fuerte en el hombro derecho es casi patognomónico del absceso hepático; supera en intensidad al de la congestión é inflamación del hígado.

ceso hepático; pero para ser un caso típico, falta uno de los signos principales: *la fiebre con intermitencias.*

Al principio, los síntomas son los mismos de la congestión hepática; no sería raro que por élla hubiera comenzado la enfermedad. En la congestión, el dolor hepático, los trastornos gástricos y la ictericia, son síntomas de primer orden. La ictericia difencia, la congestión del absceso hepático típico; pero en nuestro enfermo hay ictericia, aunque poco pronunciada. Hay, sin embargo, un síntoma que separa una afección de otra: el *edema* del hígado, que no se ve en la congestión y se manifiesta en el presente caso.

Los quistes hidáticos del hígado pueden confundirse con el absceso de mi observado, por la tumefacción, deformación de las costillas é irregularidad; por la falta de fiebre, por el dolor del hombro derecho, etc. Diferenciándose, sin embargo, por la ausencia de dolor hepático inicial en los quistes.

Pronóstico: grave. Sábese que la mortalidad en estos casas es de 80 por ciento, y que la infección purulenta es fatal en los enfermos abandonados al acaso. Aun cuando esta no sobrevenga pronto, está expuesto el enfermo á una ruptura de su absceso, derramándose el pus en el peritoneo, el intestino ó las vías respiratorias; produciéndose fístulas, y agravando siempre su estado. En el caso actual disminuye un tanto la gravedad del pronóstico porque el sujeto no ha padecido de disentería, ni es presa de intoxicación palúdica.

Tratamiento: El primer día le administré un purgante de sulfato de soda contra la consti-

pación y la suciedad de la lengua. Los días siguientes hasta el 6 de mayo, tomó tres cápsulas de masa azul.

El 6 fué operado del modo siguiente:

Se preparó el enfermo bañándolo la víspera de la operación; diósele un purgante de aceite de recino y se le hizo la asepsia del campo operatorio; dejando en seguida cubierta la región con una cura húmeda.

Cloroformizado el enfermo, palpó la región el Cirujano; y hallando un punto de más franca fluctuación bajo el último cartílago costal, incindió la piel en la extensión de un centímetro, con un bisturí recto, introdujo después una aguja del aspirador de Dieulafoy, hizo el vacío y vimos llenarse el índice de un pus color café con leche.

Demostrada la existencia del pus, guiándose por la cánula, se introdujo el bisturí recto, se incindió en la longitud de 2 centímetros, colocándose en la herida unas largas pinzas de curación, cuyas ramas, abriéndose ó cerrándose á voluntad, graduaban la salida del pus previniendo un síncope que pudiera ocasionar su evacuación súbita. Guiaron dichas pinzas á un bisturí de punta roma que alargó la incisión cinco centímetros. Evacuando gran parte del pus, se colocaron dos tubos de drenage; uno de 2 centímetros de diámetro, y otro de 1 centímetro; el 1º agujereado en toda su longitud, y el 2º sólo en su tercio inferior. Dispusiéronse de antemano dichos tubos como los cañones de una escopeta, cosiéndolos y colocando los nudos al interior para no molestar al paciente, y se mantuvieron en una solución fenicada al 5 por 100, durante 24 horas. Se introdujeron, sos-

teniéndolos á la piel con un alfiler de seguridad.

Fué irrigada la cavidad con un litro de solución tibia de tintura de yodo al 10 por 1.000; se colocó sobre la herida una lámina de gutapercha perforada para el paso de los tubos, luego una capa de algodón esterilizado, otra de vakum y un vendaje.

Cantidad de pus: 2,000 gramos.

Quedó el enfermo á dieta de leche por dos días.

Temperatura de la tarde: 36°4.

En la noche se le cambió el apósito por estar mojado.

El enfermo se siente mejor; puede respirar bien, siente muy poco el dolor y pudo dormir.

Día 7. Temperaturas de mañana y tarde 36°7 y 36°4. Nueva irrigación de tintura de yodo al 10 por mil.

El 8, sintiendo mucha hambre, toma sopa. Fué aumentándose la alimentación en los días sucesivos. Desde el 12 tomó ración entera.

Las cámaras están normales.

Siguió fluctuando la temperatura de los días siguientes entre 36°2 y 36°8, y sólo tres veces se elevó la columna á 37°.

Fué disminuyendo la secreción de la cavidad; salían por el drenaje grumos de pus sólidos. El 16, el líquido inyectado salió completamente claro. Fueron sacándose y acortándose los tubos, que se extrajeron por completo el 25. Al día siguiente encontré cerrada la herida por un botón carnoso; no había una sola gota de pus. Puse una curación al yodoformo, y no descubrí al enfermo sino hasta el 6° día, en que todo estaba cicatrizado. Un

cordón retraído hunde la cicatriz á manera de ombligo. El hígado ha vuelto á sus dimensiones normales. La tinta subictérica de las conjuntivas ha disminuido mucho. El enfermo está completamente restablecido. Dilató en curación 38 días.

Reflexiones.—¿Cuál fué la causa de la afección presente? Varios son los orígenes de los abscesos hepáticos; pueden ser consecutivos á la infección purulenta. (Hemos tenido oportunidad de presenciar un caso consecutivo á inyeccionnes hipodérmicas que produjeron supuración), son los abscesos *metastáticos ó hipohémicos*; pueden depender de una angiocolitis, de la presencia de cálculos biliares, ó de la obstrucción del canal colédoco, *abscesos biliares*,que aunque en su principio tienen por saco los canales biliares dilatados, pueden constituir después verdaderos abscesos hepáticos, por la ruptura de su cubierta. Estos abscesos generalmente son múltiples y pequeños. Hay otra clase de abscesos más importante quizá, que tienen por origen la infección disentérica ó el paludismo. En el primer caso, las lesiones intestinales abren la escena. Los microbios de la disentería epidémica (bacillus coli comunis ó los bacilos encontrados en los intestinos de los disentéricos por Chantemesse y Vidal), siguiendo las venas mesaraicas llegan á la porta, producen en ella una inflamación y absceso consecutivo en la glándula. Murchison no ve en este caso mas que una coincidencia de la disentería y el absceso hepático, no considera á la disentería como causa indipensable, siendo para él la congestión hepática, la inflamación, la causa próxima.

En el caso actual es probable que la afección

haya comenzado por una hepatitis. No podemos decir con certeza cuál haya sido la causa de ella. No se pueden considerar como tales en este caso la disentería y el paludismo; quizá la sífilis haya sido el punto de partida de la afección, aunque aquí no podamos tomar la medicación específica como auxiliar al diagnóstico, ya que la masa azul (que tiene mercurio) ejerce acción favorable en las afecciones hepáticas, sean ó no de origen sifilítico.

Cosa digna de notarse es la hipotermia de este caso. Durante la formación del absceso no ha tenido calentura el enfermo, según dice, y cuando estuvo en el hospital, no llegó la columna termómetra á 37° más que tres veces.

No hallando la razón de tal fenómeno, se la pedí al Jefe del Servicio. Según él, quizá pueda explicarse, recordando las funciones del hígado, una de las cuales es tomar parte en la calorificación. Destruyendo el pus el tejido hepático, se perturba la función y la hipotermia sobreviene.

La glicosuria del enfermo, fué pasajera, dió resultados nulos en un último análisis que practiqué al salir el enfeamo.

Los cirujanos antiguos y aun algunos modernos, cousiderando el peligro del contacto del pus con el peritoneo, seguían el método de Recamier cuando operaban un absceso hepático: aplicaban pasta de Viena ó moxas, para formar adherencias entre las hojas de la serosa y algunos días después, sobre las escaras, puncionaban é incindían. Hoy se procede de otro modo; se sabe que al formarse el absceso hay ya adherencias, y no se teme seguir la conducta de los médicos ingleses

de la Indía, que hacen amplias aberturas sin cauterización previa, tal como se practicó la operación arriba señalada.

Guatemala, julio de 1894.

(f.) Ezequiel de León.

Observación XVI.—Absceso del hígado á repetición.—(Observación suministrada por el Dr. don Juan I. Toledo)—A. C- H., bien constituido, de edad como de 40 años; no parece haber padecido de ninguna enfermedad anterior, excepto ciertas fiebres miasmáticas que tuvo en los primeros tiempos de su permanencia en América. Sufrió hace cinco años, poco más ó menos, una operación que á causa de un enorme absceso hepático que casi par sí mismo se había abierto paso hacia la pared abdominal, hubo de practicársele. Una larga incisión hecha al nivel del reborde costal da salida á una considerable cantidad de pus. Siguió el curso de un absceso vulgar y curó en poco tiempo.

El enfermo pasa un año completamente bien, pero al cabo de este tiempo se siente de nuevo indispuesto; acusa mal estar general, inapetencia, poca aptitud para sus ocupaciones diarias; las digestiones son difíciles y penosas, y durante el día pasa en cama varias horas con gran somnolencia; hay decoloración de los tejidos, tinte terroso de la piel y sub-ictérico de las conjuntivas; la lengua ligeramente saburrosa, seca y siente mal sabor por casi todos los alimentos. Mantiene sed. La constipación es habitual. La fiebre es característica, afectando una forma palúdica con

accesos vespertinos. El dolor es intercostal y escapular. No hay edema, fluctuación ni ruidos de frote.

A pesar de nuestras sospechas, dados los antecedentes del enfermo en favor de un absceso hepático, le aconsejamos una medicación antipalúdica consistente en inyecciones de clorhidrosulfato de quinina; algnnos purgantes salinos, principalmente la sal de Earslbad y dieta láctea.

Este tratamiento no mejora en nada absolutamente al enfermo, apesar de haberse seguido con alguna constancia; por el contrario, siente que se debilita y se extenúa cada día más. En este estado el enfermo nos pide consejo sobre la conveniencia de un viaje á Europa, buscando los beneficios de una cura termal. Dimos nuestro consentimiento y en fecto hizo su viaje dirigiéndose á Berlín. En esa capital se hace examinar por el Profesor von Bermang y cinco médicos más de aquella Universidad. Estos señores practican varias punciones en diferentes sentidos de la glándula hepática y todas dan un resultado completamente negativo. Ante esta evidencia declaran que el órgano no contiene pus, propinando al enfermo una medicación apropiada, con prohibición absoluta de licores, café, alimentos especiado, etc., y una temporada á Carslbad, en donde permanece por espacio de un mes.

Regresa á Guatemala en un estado de salud envidiable, y parecía tener asegurado el porvenir tranquilo respecto de su afección hepática. Pasa así poco más ó menos tres meses, y luego comienzan aparecer uno por uno todos los síntomas que hemos dejado descritos, es decir, el dolor, la ane-

mia, etc. Podemos decir que seguimos paso á paso la evolución del nuevo absceso. En efecto, la fiebre empieza á tener bruscas ascenciones vesperales seguidas de sudores más ó menos abundantes. El dolor es más vivo tanto en la región hepática como en el hombro. Ligerísimo edema en la parte posterior y desórdenes gastro-intestinales sumamente marcados. Ante este cuadro se hace ver al enfermo la gravedad que le amenaza, y para conjurarla provoca una junta á la que asisten varios Médicos. Entonces se declara que no apareciendo los síntomas de una supuración hepática con suficiente intensidad, que se de al enfermo, antes de hacerle ninguna operación, durante algún tiempo un tratamiento de inyecciones de quinina á dosis masivas. Esto no dió resultado alguno; por el contrario el enfermo fué víctima de un quinismo bastante intenso.

Después de algunos días una nueva junta tiene lugar, y en élla se resuelve practicar de nuevo las punciones exploratrices. Al día siguiente tienen lugar, y después de varias tentativas que dan resultados negativos, haciendo una en la parte postero-superior, se dió de lleno en el foco purulento. En consecuencia se dispone la intervención que se practica primero en la región anterior y hasta cierto punto siguiendo el antiguo trayecto. Llegóse á la colección con gran dificultad y se colocan dos gruesos tubos de drenage. Mas este medio de desagüe no dió el resultado que se esperaba, pues el enfermo, en frecuentes accesos de tos, arrojó los tubos cuya colocación posterior fué difícilmente soportada. Se tuvo entonces que recurrir á una segunda operación

practicada en la parte postero-superior de la región hepática, por la vía transpleural y resecando un fragmento de costilla. Esta vez los resultados fueron completamente satisfactorios, pues al cabo de veinte días, más ó menos, de curaciones diarias, el enfermo quedó completamente curado y hasta hoy goza de espléndida salud.

CONCLUSIONES.

1ª—La hepatitis supurada no es idiopática.

2ª—El calor climatérico no es suficiente por sí solo, ni indispensable para su producción.

3ª—La causa eficiente de la hepatitis supurada,es la penetración de un principio infeccioso en el hígado, por el intermedio de la vena porta.

4ª—La causa más frecuente es la disentería.

5ª—Todas las afecciones sépticas de los órganos en donde toman origen las radículas del árbol porta, son capaces de engendrarla.

6ª—La hepatitis muchas veces es latente.

7ª—Al lado de los abscesos disentéricos reconocemos otros bajo la dependencia del paludismo.

8ª—La hepatocentesis es inofensiva.

9ª—La hepatocentesis es además benéfica.

10.—La hepatocentesis es el único medio de afirmar la existencia de pus en el hígado.

11.—La formación de adherencias no es indispensable para poder aplicar con éxito el tratamiento quirúrgico á los abscesos del hígado.

12.—La hepatopexia previa, resguarda el peritoneo.

13.—Los lavados y las curaciones múltiples aumentan la duración del tratamiento, sin ningún beneficio para el operado.

14.—La operación de Luis Stromeyer–Little, no reune, dadas las condiciones de asepsia y antisepsia que hoy podemos y debemos usar, los requisitos de una buena operación: sacrifica el BIEN AL PRONTO Y SIN MIEDO.

15.—El método lento de incisión capa por capa, es el mejor.

16.—La resección costal es indispensable para evitar las cicatrizaciones precoces.

17.—Tan pronto como se diagnostique pus en el hígado, hay que operar. Como dice Chauvel: "Si la punta de vuestra aguja exploratriz tiene pus, abandonadla, pero para tomar el cuchillo."

18.—No está contraindicada la operación aunque el absceso se haya abierto en los bronquios.

19.—El pronóstico es grave: depende no sólo de las lesiones ya establecidas sino también de las complicaciones que pueden sobrevenir.

20.—Un tratamiento quirúrgico activo disminuye la mortalidad: sin operación se muere el 80%; con élla, sólo 16%.

21.—El pus nó siempre es estéril.

22.—El pus hepático es estéril porque es antiguo.

RODOLFO ESPINOSA R.

V° B°

J. I. TOLEDO.

Imprímase.

JUAN J. ORTEGA.

BIBLIOGRAFIA.

Kelsch y Kiener.—Enfermedades de los países cálidos.

Brouardel.—Tratado de Medicina.

Harley.—Tratado de las enfermedades del hígado.

Duplay etc. Reclus.—Tratado de Cirugía.

Charcot, Bonchard, Brissaud.—Tratado de Medicina.

Jaccoud.—Tratado de Patología Interna.

Eichhorst.—Tratado de Patología Interna.

Peyrot.—Patología Externa.

Dieulafoy.—Manual de Patología Interna.

Dieulafoy.—"La Semana Médica."

Laveran y Teissier.—Nuevos elementos de Patología Médica.

H. Hallopeau.—Tratado elemental de Patología General.

A. Gervais.—Tesis de París. 1887.

L. Morvan:—Tesis de Bruselas. 1888.

E. Gremillon.—Tesis de París. 1889.

E. Brossier.—Tesis de París. 1888.

L. Razetti.—"Gaceta Médica de Caracas."

Lafoourcade.—"La Semana Médica."

Longuet.—"La Semana Médica."

Archivos generales de Medicina.—1886. 1888.

Archivos provinciales de Cirugía.—(Tomo VI).

"*La Lanceta.*"—1897.

Memorias del Hospital General.—Desde 1885 hasta 1897.

Doctor don Juan I. Toledo.—Observaciones inéditas.

Doctor don Jorge Avila Echeverría.—Tesis de Guatemala. 1895.

Doctor don Víctor Constantino Herrera.—Tesis de Guatemala. 1894.

Doctor don Francisco Bueso.—Tesis de Guatemala. 1894.

Doctor don Manuel Saravia.—Tesis de Guatemala. 1894.

Doctor don Ezequiel de León.—Observación publicada en "La Escuela de Medicina." 1894.

Br. Antonio Macal.—Observación inédita.

PROPOSICIONES.

Física Médica.—Termómetros clínicos.
Botánica.—Atropa belladona.
Zoología.—Ankilostoma duodenale.
Anatomía.—Del hígado.
Histología.—Del hígado.
Fisiología.—Del hígado.
Química inorgánica.—Yoduro de potasio.
Química orgánica.—Quínina.
Patología interna.—Apendicitis.
Patología externa.—Lujación de la cadera.
Patología general.—Inflamación.
Clínica quirúrgica.—Catarata infantil.
Clínica médica.—Signos de la supuración hepática.
Obstetricia.—Basiotripsia.
Terapeútica.—Emético.
Medicina legal.—Secreto médico.
Medicina operatoria.—Resección del maxilar superior.
Higiene.—Profilaxia de las enfermedades infecciosas.
Toxicología.—Envenenamiento por el fenol.
Bacteriología.—Cultivo de los aerobios.
Farmacia.—Tisanas.
Ginecología.—Embarazo extra-uterino.
Anatomía patológica.—Degeneración grasosa.